



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA



UNIVERSITATEA DE STAT DE MEDICINĂ ȘI FARMACIE
„NICOLAE TESTEMIȚANU” DIN REPUBLICA MOLDOVA

Conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente

Protocol clinic standardizat

Chișinău 2024

**Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății
din 24.04.2024, proces-verbal nr.1
Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr.439 din 20.05.2024
Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat „Conduita integrată a sarcinii, nașterii
și perioadei post-partum la adolescente”**

Cuprins

SUMARUL RECOMANDĂRILOR.....	3
Abrevierile utilizate în protocol	4
PREFAȚĂ	5
A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ	5
A.1. Utilizatorii protocolului:.....	5
A.2. Scopul protocolului:	6
A.3 Obiectivele protocolului:	6
A.4. Elaborat: 2024	6
A.5. Revizuire: 2029	6
A.6. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:.....	6
B. PARTEA GENERALĂ.....	8
ASPECTE GENERALE ALE SARCINII, NAȘTERII ȘI PERIOADEI POST-PARTUM LA ADOLESCENTE	8
Riscurile maternelor și fetale în funcție de nevoile de dezvoltare ale mamelor adolescente	8
Riscurile obstetricale.....	8
Riscurile perinatale.....	8
Riscurile psihologice.....	8
Riscurile sociale:.....	9
Considerente bioetice și legale în conduita integrată a sarcinii la adolescente.....	10
Evaluarea și fortificarea capacității de luare a deciziilor.....	10
Acordul informat și obținerea consimțământului.....	11
Asigurarea intimității și confidențialității	13
C.1. ALGORITM DE CONDUITĂ A SARCINII, NAȘTERII ȘI PERIOADEI POST-PARTUM LA ADOLESCENTE	16
C.2. CONDUITA INTEGRATĂ A SARCINII, NAȘTERII ȘI PERIOADEI POST-PARTUM LA ADOLESCENTE	17
C.2.1 Măsurile de asigurare a adaptării în sarcină și răspunsul la nevoile de dezvoltare ale mamei adolescente.....	17
C.2.2 Conduita integrată a sarcinii la adolescente.....	18
C.2.3. Conduita integrată a nașterii la adolescente.....	21
C.2.4 Conduita integrată a perioadei post-partum la mamele adolescente.....	22
C.3. Monitorizarea și evaluarea calității conduitei integrate a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum în funcție de nevoile adolescentei	25
Indicatori de monitorizare	25
Auditul medical al conduitei integrate a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente	26
ANEXE	27
Anexa 1. Evaluarea factorilor psiho-sociali de risc și protectivi pentru adolescența gravidă (evaluarea MEADS)..	27
Anexa 2. Instrumente de evaluare a capacității de luare a deciziilor adolescenților referitor la propria sănătate (OMS, 2021).....	29
Anexa 3. Planul de pregătire pentru naștere	30
Anexa 4. Scala Edinburgh de Depresie Postnatală	32
Anexa 5. Programul de educație antenatală a mamelor adolescente și persoanelor de suport.....	34
Anexa 6. Tabelul. Integrarea măsurilor de asistentă antenatală specifice mamelor adolescente în Standardul de supraveghere a gravidelor adolescente cu evoluție fiziologică a sarcinii în condiții de ambulator	37
Anexa 7. Tabelul. Măsurile-cheie de asistentă în maternitate a gravidelor /mamelor adolescente	41
Anexa 8. Tabelul. Măsurile-cheie de supraveghere a mamei adolescente în perioada de lăuzie tardivă (în condiții de ambulator/domiciliu)	42
BIBLIOGRAFIE.....	48

SUMARUL RECOMANDĂRILOR

- **Prevenirea anemiei și malnutriției la mamă, făt și nou-născut** prin: consilierea despre alimentația sănătoasă și referire către serviciul social în caz de necesitate (II-A); suplinirea cu microelemente și vitamine în sarcină și postnatal (II-2A); consiliere despre importanța utilizării sării iodate și a produselor bogate în iod (II-A) și managementul adaosului ponderal (II-B1).
- **Prevenirea malformațiilor fetale** prin: administrare de acid folic; efectuarea de dublu și/sau triplu test, și amniocenteza la necesitate.
- **Prevenirea stărilor hipertensive** prin: evaluarea valorilor tensiunii arteriale și pulsului (II-2A); determinarea proteinuriei (II-2A); administrarea vitaminei D3 (supraponderare, test TOTG pozitiv, infecții, boli cronice, hipertensiunea arterială esențială, restricție de creștere fetală) (II-A).
- **Prevenirea restricției de creștere fetală** prin: consiliere despre alimentația sănătoasă, sistarea /reducerea consumului de tutun și alcool, altor substanțe în sarcină (IIA); datarea vârstei de gestație și examen ecografic de prim trimestru (I-A); aprecierea înălțimii fundului uterin; efectuarea examenului ecografic între 32-34 s.a. la prezența semnelor clinice (III-A)
- **Prevenirea nașterii premature** prin: detectarea și tratarea infecțiilor cu transmitere sexuală și altor focare de infecții; elaborarea și actualizarea la fiecare vizită a planului de pregătire pentru naștere și încurajarea completării de către gravida adolescentă a zilnicului sarcinii.
- **Reducerea complicațiilor puerperal-septice** prin: testarea la infecții cu transmitere sexuală și HIV, sifilis, gonoree, trichomoniază, chlamidii (II-2A) și la vaginoza bacteriană (III-B); efectuarea screening-ului (II-2A), diagnosticului și tratamentului ITS al partenerului (III-A) și analiza generală de urină și urocultura.
- **Prevenirea traumatismului obstetrical** prin: supravegherea evoluției travaliului și susținerea comportamentului activ; evitarea amniotomiei precoce; analgezia adecvată a travaliului; detectarea semnelor de travaliu prelungit și obstrucționat, și acordarea asistenței obstetricale.
- **Prevenirea lipsei sau întreruperii rapide a alăptării** prin: aplicarea nou-născutului la piept în primele 30 min după naștere (cu excepția indicațiilor medicale).
- **Prevenirea unei sarcini nedorite** prin: consiliere contraceptivă (III-B), în special utilizarea prezervativului în caz de infecție cu transmitere sexuală la unul dintre parteneri (III-A).
- **Prevenirea traumatismului psiho-emoțional și a depresiei perinatale, și sporirea integrării sociale a mamei adolescente** prin: evaluarea riscului și corecția psiho-terapeutică corespunzătoare; comunicare respectuoasă /prietenosă; oferirea suportului emoțional (II-3A); însoțirea obligatorie a adolescentei de către persoana adultă de suport (II-2A), inclusiv în perioada crizelor /dezastrelor medicale și/sau sociale (III-B); implicarea adolescentelor de toate vârstele (în funcție de capacitatea lor de autonomie) în luarea deciziilor referitor la conduită; referirea mamei adolescente pentru suport psiho-social la CSPT/YK; la centrele maternale, serviciul asistență parentală profesionistă, la necesitate.
- **Prevenirea diferitelor forme de violență față de mamele adolescente** prin: evaluarea contextului psiho-social; acordarea asistenței de primă linie în caz de abuz/violență; acordarea/referirea pentru asistență medicală și psihologică, la necesitate; documentarea și raportarea cazului în corespundere cu prevederile cadrului normativ din domeniu; referire la necesitate la expertiza medico-legală, serviciile sociale/de plasare temporară, juridice etc.

Abrevierile utilizate în protocol

AMP	Asistența Medicală Primară
AMSA	Asistența Medicală Specializată de Ambulator
AMS	Asistența Medicală Spitalicească
CRNNSPT	Centrul de Resurse la Nivel Național în Servicii de Sănătate Prietenoase Tinerilor
CS	Centrul de Sănătate
CSPT/YK	Centrul de Sănătate Prietenos Tinerilor/Youth Clinic
DIU	Dispozitivul intrauterin
DP	Depresie perinatală
HIV	Human immunodeficiency virus (Virusul imunodeficienței umane)
HTA	Hipertensiune arterială
IM și C	Institutul Mamei și Copilului
IMSP	Instituția Medico-Sanitară Publică
ITS	Infecțiile cu transmitere sexuală
MEC	Ministerul Educației și Cercetării
MS	Ministerul Sănătății
OMF	Oficiul Medicului de Familie
OMS	Organizația Mondială a Sănătății
ONU	Organizația Națiunilor Unite
PCS	Protocolul Clinic Standardizat
Ps	Puls
s.a.	Săptămâni de amenoree
RM	Republica Moldova
TA	Tensiune arterială
TOTG	Test oral de toleranță la glucoză
UI	Unități internaționale
UM	Ultima menstruație
UNFPA	United Nations Population Fund (Fondul Națiunilor Unite pentru Populație)
USG	Ultrasonografie
USMF	Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
VG	Vârsta de gestație
VGi	Vârsta ginecologică

PREFAȚĂ

Protocolul clinic standardizat (PCS) privind conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente a fost elaborat de către grupul de lucru constituit din angajații Departamentului de Obstetrică și ginecologie, Catedrei de Medicină de familie a Universității de Stat de Medicină și Farmacie (USMF) „Nicolae Testemițanu”, Centrului de Resurse la Nivel Național în Servicii de Sănătate Prietenoase Tinerilor (CRNNSPT) „NEOVITA” și IMSP Institutul Mamei și Copilului (IM și C).

Protocolul este elaborat în baza ghidurilor de bune practici internaționale și conține recomandări bazate pe evidențele Organizației Mondiale a Sănătății (OMS), a societăților internaționale de specialitate, relevante în conduita sarcinii, nașterii și perioadei postnatale la adolescente.

Principiul de bază în îngrijirea perinatală pentru adolescente se axează pe faptul că ea nu trebuie să fie diferită de îngrijirea perinatală pentru femeile adulte. Cu toate acestea, procesul de îngrijire trebuie adaptat la nevoile specifice ale adolescenților. Acest principiu reiese și din postulatul OMS, promovat la nivel global, care susține faptul că, inclusiv în regiunile unde accesul la serviciile perinatale nu este limitat, se pare că adolescentele beneficiază de o calitate mai scăzută atât a serviciilor clinice, cât și a sprijinului interpersonal, comparativ cu femeile adulte.

În acest context, acest Protocol clinic standardizat completează prevederile existente privind îngrijirile antenatale a gravidelor, incluzând măsurile specifice pentru asistența antenatală, intranatală și post-partum (postnatală) la adolescente; specifică modalitățile de aplicare a recomandărilor ghidurilor de asistență prenatală regionalizată, a protocoalelor clinice naționale referitor la un șir de situații obstetricale relevante (stările hipertensive în sarcină, nașterea prematură, hemoragiile obstetricale, complicațiile puerperale etc.) în contextul sarcinii la adolescente.

A. PARTEA INTRODUCȚIVĂ

A.1. Utilizatorii protocolului:

- Prestatorii de servicii medicale la nivel de Asistență Medicală Primară (AMP): medicii de familie și asistente medicale din echipa medicului de familie; medicii obstetricieni-ginecologi și pediatri consultanți
- Prestatorii de servicii de sănătate prietenoase tinerilor (echipele multi-disciplinare ale Centrelor de Sănătate Prietenoase Tinerilor – CSPT): medicii obstetricieni-ginecologi, moașe, psihologi, asistenți sociali
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de Asistență Medicală Specializată de Ambulator (AMSA): medicii obstetricieni-ginecologi și pediatri consultanți
- Prestatorii de servicii de sănătate mintală (echipele Centrelor Comunitare de Sănătate Mintală: specialiștii în sănătatea mintală responsabili de asistența acordată copiilor și adolescenților
- Prestatorii de servicii medicale la nivel de Asistență Medicală Spitalicească: medicii obstetricieni-ginecologi, neonatologi, psihologi, asistenți sociali, moașe, asistente medicale din Centrele perinatale de toate nivelele de asistență medicală
- Consilierii în alăptare
- Reprezentații autorităților tutelare de la toate nivelele de asistență
- Cadrele didactice din subdiviziunile de educație medicală, inclusiv educația continuă din Republica Moldova (RM) (USMF „Nicolae Testemițanu” și Centrului de Excelență în Medicină și Farmacie „Raisa Pacalo”, Colegiile de medicină și farmacie etc.)

- Studenții, medicii rezidenți de la specialitățile de obstetrică și ginecologie, medicina de familie în procesul de instruire;

Notă: Protocolul poate fi utilizat și de către alți specialiști, în funcție de situația individualizată.

A.2. Scopul protocolului:

Prezentarea măsurilor care pot reduce riscurile materne și fetale în sarcina, nașterea și perioada post-partum la adolescente, luând în considerare particularitățile neuro-fiziologice și nevoile de dezvoltare ale mamelor adolescente.

A.3 Obiectivele protocolului:

- Informarea prestatorilor de servicii medicale la nivel prespitalicesc și spitalicesc despre particularitățile evoluției sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente.
- Evidențierea sarcinilor cu factori de risc materni, fetal și/sau placentari la adolescente și prevenirea acestora.
- Prevenirea complicațiilor materne și /sau fetale și ameliorarea indicatorilor perinatali în sarcinile la adolescente.
- Îmbunătățirea calității managementului clinic și decizional (organizatoric) în perioada perinatală în adolescență.
- Sporirea aderenței mamelor adolescente la serviciile de asistentă prenatală.
- Abordarea și oferirea specificului conduitei medico-sociale a prestatorilor de servicii într-o manieră complexă și sistemică, în funcție de nevoile medicale și psiho-emoționale ale grupului țintă, vulnerabilităților specifice vârstei, factorilor de protecție și risc în menținerea sănătății sexual-reproductive și psihice
- Oferirea unui cadru larg de înțelegere a problematicii și specificului comportamental al adolescentelor, dar și a familiilor/apartenențelor acestora în procesul de acordare a serviciilor medico-sociale.
- Ameliorarea rezultatelor de sănătate fizică, psihică și integrare socială pentru mamele adolescente și copiii acestora.
- Clarificarea atribuțiilor personalului implicat la diferite etape și în diferite contexte, care pot amenința securitatea emoțională și fizică a persoanei, dar și contribuie la punerea în aplicare a legislației în domeniul protecției copilului și familiei, inclusiv a violenței în general.

A.4. Elaborat: 2024

A.5. Revizuire: 2029

A.6. Lista și informațiile de contact ale autorilor și ale persoanelor ce au participat la elaborarea protocolului:

Prenume, nume	Funcția, instituția
<i>Olga Cernețchi</i>	dr. hab. șt. med., prof. univ., șef Departament de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, coordonatorul grupului de lucru
<i>Corina Iliadi-Tulbure</i>	dr. șt. med., conf. univ., Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Svetlana Jubîrcă</i>	dr. șt. med., IMSP Institutul Mamei și Copilului (IM și C)
<i>Irina Sagaidac</i>	dr. șt. med., conf. univ., Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

<i>Virginia Șalaru</i>	dr. șt. med., conf. univ., Catedra de Medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”
<i>Galina Leșco</i>	șef Centrul de Resurse la Nivel Național în Servicii de Sănătate Prietenoase Tinerilor (CRNNSPT) „NEOVITA”
<i>Victoria Ciubotaru</i>	coordonator național al Programului SDSR, IMSP Institutul Mamei și Copilului
<i>Natalia Gandrabur</i>	psiholog-consultant, Centrul de Resurse la Nivel Național în Servicii de Sănătate Prietenoase Tinerilor „NEOVITA”
<i>Dorina Leșco</i>	medic-rezident, Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”

Recenzenți:

Prenume, nume	Funcția, instituția
<i>Iurie Dondiuc</i>	dr. hab. șt. med., conf. univ., Departamentul de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”, președintele Comisiei de specialitate a Ministerului Sănătății în obstetrică și ginecologie
<i>Sergiu Toma</i>	dr. șt. psihologice, psiholog, psihoterapeut sistemic de cuplu și familie, A.O. „Institutul pentru Familie și Inițiative Sociale”

Protocolul a fost examinat și aprobat de către următoarele structuri/instituții:

Denumirea structurii /instituția	Persoana responsabilă/funcția
Departamentului de Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Olga Cernetchi</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., șef Departament
Comisia metodică-științifică de profil 321.15 Obstetrică și ginecologie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Olga Cernetchi</i> , dr. hab. șt.med., prof.univ., președinte
Catedra de medicină de familie, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Ghenadie Curocichin</i> , dr.hab.șt.med., prof. univ., șef, Catedră
Catedra de medicină de laborator, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Anatolie Vișnevschi</i> , dr.hab.șt.med., prof. univ., șef, Catedră
Catedra de farmacologie și farmacologie clinică, USMF „Nicolae Testemițanu”	<i>Nicolae Bacinschi</i> , dr.hab.șt.med., prof. univ., șef, Catedră
Agencia Medicamentului și Dispozitivelor Medicale	<i>Dragoș Guțu</i> , director general
Compania Națională de Asigurări în Medicină	<i>Ion Dodon</i> , director general
Consiliul de Experti al Ministerului Sănătății	<i>Aurel Grosu</i> , dr.hab.șt.med., prof. univ., președinte

B. PARTEA GENERALĂ

ASPECTE GENERALE ALE SARCINII, NAȘTERII ȘI PERIOADEI POST-PARTUM LA ADOLESCENTE

Riscurile materne și fetale în funcție de nevoile de dezvoltare ale mamelor adolescente

În RM, un număr de 1505 de adolescente cu vârsta sub 20 ani au devenit mame în anul 2022 și 1751 adolescente în anul 2021. În 52 cazuri vârsta mamei a fost sub 16 ani, iar 85% dintre nașteri, au fost la adolescentele din mediul rural.

Sarcina în adolescență este o problemă complexă influențată de multipli factori, inclusiv cei individuali, familiali și comunitar. Consecințele sarcinii în adolescență afectează sănătatea, bunăstarea socială și economică a adolescenților, ai copiilor acestora în mod individual, având o influență inclusiv asupra societății în general. Unele riscuri de sănătate asociate sarcinii și nașterii sunt mai pronunțate în rândul adolescentelor decât printre femeile adulte, din cauza imaturității fiziologice și psihologice a adolescentelor și îngrijirii perinatale inadecvate.

Analiza datelor la nivel internațional și național pune în evidență un șir de riscuri obstetricale și perinatale, precum și psiho-sociale, toate fiind asociate cu sarcina la adolescente:

Riscurile obstetricale (care se referă la mamă) sunt:

- Anemia și malnutriția,
- Infecțiile uro-genitale (inclusiv bacteriuria asimptomatică, infecțiile cu transmitere sexuală (ITS)),
- Nașterea prematură,
- Stările hipertensive induse de sarcină,
- Nașterea distocică și traumatismul în naștere,
- Infecțiile puerperal-septice.

Rata mortalității materne printre adolescente tinde să fie mai mare decât printre femeile adulte. Riscul de deces datorat complicațiilor sarcinii este de două ori mai mare pentru mamele cu vârsta între 15 și 19 ani, în comparație cu femeile tinere de 20-24 ani. Pentru adolescentele cu vârsta între 10-14 ani, riscul de deces poate fi de cinci ori mai mare decât pentru femeile în vârstă între 20-29 ani. În RM, 7% din cazurile de mortalitate maternă, din ultimii 5 ani, au fost printre mamele adolescente.

Riscurile perinatale

(care se referă la făt și nou-născut) pot fi:

- Restricția de creștere fetală (RCF),
- Prematuritatea,
- Infecțiile congenitale,
- Hipoxia fetală,
- Anomaliile congenitale,
- Anemia nou-născutului,
- Alăptarea de scurtă durată, frecvent sub 3 luni

Rata mortalității perinatale și neonatale tardive, este cu 50% mai mare în rândul mamelor adolescente, în comparație cu femeile care au vârsta între 20-29 ani.

Riscurile psihologice fac referire la:

- Sănătatea mintală și dificultățile de integrare socială ale mamelor adolescente, dictate de cunoștințele reduse despre propriul corp, despre sine și evoluția sarcinii,
- Negarea prezenței sarcinii sau manifestarea stării de autoagresiune și agresiune față de sarcină

- Depresia perinatală, ceea ce poate crește riscul major de suicid.

Sarcina la minore este considerată, în majoritatea cazurilor, ca o stare traumatizantă, din punct de vedere psihic, în funcție de faptul dacă este dorită sau nu, din cauza incapacității de dezvoltare psiho-neurologică.

Riscurile sociale:

- Lipsa resurselor pentru autoîngrijire și îngrijirea copilului,
- Abandonarea /întârzierea studiilor și posibilitățile mai reduse de a continua studiile după naștere,
- Capacitățile mai scăzute de integrare în societate,
- Atitudinea discriminatorie și de marginalizarea din partea rudelor și ai unor specialiști și
- Riscul de violență.

Prognosticul sarcinii la adolescente, este satisfăcător în egală măsură ca și la femeile adulte, în cazul unei monitorizări minuțioase. Acest fapt este caracteristic cel puțin pentru adolescentele care au atins stadiul V după Tanner în dezvoltarea pubertară sau vârsta ginecologică (VGi) >3 ani.

Totodată, există o serie de factori care pot să contribuie la sporirea riscului și a complicațiilor nedorite în sarcina la adolescente, care se pot manifesta la nivel personal, de servicii, de familie și de comunitate.

1. Factorii la nivel personal:

- Vârsta mamei ≤ 14 ani și/sau VGi ≤ 3 ani,
- Capacitatea de luare a deciziilor redusă, în funcție de vârstă,
- Starea de subnutriție (subponderare, deficiență de nutrienți esențiali: Iod, Fier, vitamina D, vitamina C, proteine);
- Alimentație defectuoasă (mese iregulate, consum insuficient de legume (verzi, oranj), alimente cu conținut sporit de grăsimi, sare și zahăr),
- Patologiile cronice preexistente,
- Fumatul, utilizarea alcoolului și altor substanțe interzise,
- Nivelul de educație/școlarizare redus,
- Autonomia redusă și dependența în luarea deciziilor, resurselor financiare și materiale oferite de alte persoane,
- Sarcina survenită în urma violului sau trecerea prin experiența violenței de diferit tip,
- Infectarea cu ITS sau cu virusul imunodeficienței umane (HIV) înainte de survenirea sau în timpul sarcinii.

I. La nivel de servicii:

- Accesul limitat la serviciile de sănătate calitative, în special pentru adolescentele din mediul rural și din familiile cu statut socio-economic scăzut,
- Competențele reduse ale personalului medical în comunicarea și consilierea adolescentelor cu referire la subiectele despre sarcină, naștere, perioada post-partum, îngrijirea nou-născutului, prevederile referitor la asistența sănătății adolescenților,
- Atitudinea discriminatorie a personalului față de mamele adolescente,
- Lipsa condițiilor pentru a păstra sau lezarea dreptului de intimitate și confidențialitate în unele instituții medicale,
- Interacțiunea insuficientă a serviciilor la diverse nivele și sectoare cu referire la asigurarea continuității îngrijirilor medicale, și a asistenței psiho-sociale în cazul mamelor adolescente și a copiilor acestora.

II. La nivel de familie și comunitate:

- Violența în familie,
- Suportul psiho-emoțional redus sau lipsa acestuia,
- Discriminarea mamelor adolescente la nivel de familie și comunitate,
- Oportunitatea redusă de continuare a studiilor și de angajare, în special pentru mamele adolescente din familiile vulnerabile și din mediul rural,
- Resursele limitate la nivel de familie și comunitate în asigurarea nevoilor de sănătate, alimentație și îngrijire a mamelor adolescente și a copiilor acestora.

În prezența unuia sau mai multor factori dintre cei menționați, adolescentele conștientizează și acceptă mai greu prezența sarcinii, în unele cazuri chiar o neagă, apelează la asistență medicală cu întârziere, omit vizitele și au o complianță redusă pentru recomandările medicale. Ca urmare, scade capacitatea acestora de adaptare pentru evoluția sarcinii și sporește riscul complicațiilor medicale și psiho-sociale cu referire la sarcină.

Prezența acestor diverse riscuri, precum și asocierea lor, induce necesitatea de a elabora o conduită perinatală (antenatală, intranatală și postnatală) pentru adolescentele gravide, cu scopul de a diminua riscurile specifice sarcinii, nașterii și perioadei postnatale. Factorii care contribuie la sporirea acestor riscuri trebuie abordați în procesul oferirii asistenței integrate antenatale, intranatale și postnatale pentru mamele adolescente.

Considerente bioetice și legale în conduita integrată a sarcinii la adolescente

În asistența sănătății adolescenților, inclusiv a adolescentelor gravide, trebuie luate în considerare primordial interesele superioare ale acestora și respectul pentru demnitatea lor, în corespundere cu Convenția Națiunilor Unite cu privire la drepturile copilului. Convenția se bazează pe 4 principii generale precum:

1. Copiii nu trebuie să fie discriminați, indiferent de rasă, culoare, sex, limbă, religie, opinie politică sau altă opinie a copilului, a părinților sau a reprezentanților săi legali, indiferent de naționalitate, etnie sau origine socială, situație materială, deficiențe sau alte condiții.
2. Copiii au dreptul la supraviețuire și dezvoltare în toate aspectele vieții: fizic, psiho-emoțional, cognitiv, social și cultural.
3. În toate deciziile și acțiunile ce afectează copii ca indivizi sau ca grup, interesele lor majore sunt luate în considerare în mod primordial, indiferent dacă deciziile sunt luate de Guvern, autorități administrative sau judiciare, sau de însuși membrii familiei.
4. Copiii trebuie să participe la evenimentele care le afectează viața, fiind liberi să-și expună propria opinie.

Pentru a asigura conduita integrată a sarcinii la adolescente, luând în considerație nevoile lor de dezvoltare, este necesar de a evalua contextul lor psihosocial (anexa 1), de a-i implica activ în luarea deciziilor referitor la sănătatea lor și conduita sarcinii. Aceasta se efectuează prin evaluarea și fortificarea capacității lor de luare a deciziilor și asigurarea intimității și confidențialității în prestarea serviciilor.

Evaluarea și fortificarea capacității de luare a deciziilor

Capacitatea de luare a deciziei este aptitudinea unei persoane de a-și forma o opinie și de a lua o decizie informată și autonomă, în special în ceea ce privește sănătatea și îngrijirea sănătății proprii.

Capacitatea de decizie a copiilor și a adolescenților se dezvoltă odată cu vârsta. Pe măsură ce se maturizează cognitiv, pot începe să ia decizii autonome cu privire la probleme mai complexe.

Evaluarea capacității de luare a deciziei de către adolescentele gravide se realizează prin aplicarea Instrumentelor conform anexei 2. În același timp, în acest sens este necesar:

- De a cunoaște cadrul legal al RM cu referire la îngrijirea sănătății,
- De a stabili o relație empatică cu adolescenta,
- De a evalua competența adolescentei și capacitatea acesteia de luare a deciziilor. Este necesar ca adolescenta:
 - ✓ să înțeleagă diferite aspecte ale situației,
 - ✓ să aleagă între diferite opțiuni și să aprecieze diferențele,
 - ✓ să înțeleagă rezultatele diferitor decizii.
- De a reevalua și fortifica abilitățile cognitive ale adolescentei, la fiecare vizită, deoarece acestea se pot dezvolta.

Acordul informat și obținerea consimțământului

Consimțământul se referă la acordul sau permisiunea exprimată în mod formal (de obicei scris), pentru orice intervenție medicală, cum ar fi vaccinarea, intervenția chirurgicală elective, alegerea sau întreruperea unui tratament. Chiar și atunci când adolescenta este considerată insuficient de matură pentru a primi capacitatea deplină de decizie, trebuie luată în considerare opinia și aprobarea oricăror decizii luate în numele său de către părinți /alți reprezentanți legali, acest proces fiind definit ca acord/acceptare.

În această ordine de idei:

- Adolescenta se implică în mod activ în orice decizie privind sănătatea și tratamentul său.
- Se oferă informațiile care explică decizia și se asigură că adolescenta a înțeles toate posibilele consecințe (acord informat).
- Se discută toate aspectele legate de situație și se revede orice decizie care este necesar de luat.

Se acceptă, în măsura în care este posibil, preferințele față de tratamentul adolescentei, în special pentru afecțiunile cronice.

În RM, conform **Legii ocrotirii sănătății**, nr. 411/1995, **vârsta capacității pentru a da acordul pentru asistență medicală este de 16 ani** (art. 23 alin. (5)) și dacă pacientul are sub 16 ani, consimțământul este dat de reprezentantul său legal. În caz de pericol de moarte iminentă sau de amenințare gravă a sănătății, actul medical se poate desfășura și fără consimțământul reprezentantului legal. Consimțământul sau refuzul pacientului sau al reprezentantului său legal, se atestă în scris prin semnătura medicului curant sau a deciziei consiliului medical, în componența echipei fiind cel puțin 3 specialiști implicați în rezolvarea cazului, iar în cazuri excepționale, prin semnătura conducerii instituției medico-sanitare (art. 23 alin. (6) și (7)).

În contextul serviciilor ce fac referire la sănătatea sexuală și reproductivă (SSR), art. 6 alin. (6) din **Legea privind sănătatea reproducerii nr. 138/2012** prevede următoarele: În cazul minorilor cu vârsta până la 16 ani, consimțământul benevol pentru obținerea serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii este exprimat atât de minor, cât și de reprezentantul legal al acestuia. În cazul când este imposibil de a obține consimțământul reprezentantului legal al minorului și când serviciile medicale sunt indicate pentru a păstra viața și sănătatea acestuia, este suficient consimțământul său benevol. În această situație, decizia este luată în mod consultativ de către prestatorii de servicii medicale, în interesul superior al minorului, în conformitate cu actele normative ale MS.

Conform Legii cu privire la profilaxia infecției HIV/SIDA nr. 23/2007 (art. 13 alin. (2)), cu referire la consimțământul pentru testarea la mărșerii HIV: În cazul unui minor consimțământul scris, benevol, pentru testare la mărșerii HIV urmează a fi exprimat atât de minor, cât și de reprezentantul legal al

acestui. În cazul în care este imposibil de a obține consimțământul reprezentantului legal al minorului și dacă efectuarea testării este necesară pentru minor, este suficient consimțământul scris, benevol, al acestuia din urmă.

Legea cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului nr. 263/2005 (art.13 alin. (2)), prevede că: Consimțământul pacientului la intervenția medicală poate fi verbal sau scris și se perfectează prin înscrierea în documentația medicală a acestuia, cu semnarea obligatorie de către pacient sau reprezentantul său legal (rudă apropiată) și medicul curant. Pentru intervențiile medicale cu risc sporit (cu caracter invaziv sau chirurgical), consimțământul se perfectează obligatoriu, în formă scrisă, prin completarea unui formular special din documentația medicală, denumit acord informat. Lista intervențiilor medicale care necesită perfectarea acordului informat în formă scrisă și modelul formularului respectiv se elaborează de către MS. Aceiași lege prevede: În procesul exercitării actului medical, opinia minorului se ia în considerare ca factor determinant la exprimarea consimțământului în măsura permisă de capacitatea lui de exercițiu, în favoarea vieții minorului [art.13 alin. (11) introdus prin LP330 /2023, Monitorul Oficial 452-454/28.11.23 art.776; în vigoare 28.12.2023].

Legea privind drepturile copilului nr. 370/2023, (art.12. (1)) prevede, că statul asigură fiecărui copil dreptul de a beneficia de metode de profilaxie, de tratament și de recuperare la cele mai înalte standarde posibile pentru a atinge cea mai bună stare de sănătate, cu respectarea interesului superior al copilului. Totodată, conform art. 31 alin. (2), reprezentantul legal/responsabilul legal al copilului are obligația să colaboreze cu serviciile de asistență medicală pentru a asigura copilului cea mai bună stare de sănătate și pentru a preveni situațiile care pun în pericol viața, creșterea și dezvoltarea acestuia și (art. 31 alin. (3) în cazul în care reprezentantul legal/responsabilul legal al copilului refuză să-i acorde asistență medicală, aceasta se acordă contrar voinței reprezentantului legal/responsabilului legal, în special în cazuri urgente, în baza unei decizii a consiliului de medici, în vederea excluderii oricărui risc asupra vieții și sănătății copilului, astfel asigurând interesul superior al copilului, iar reprezentantul legal/responsabilul legal al acestuia poate fi tras la răspundere conform alin. (1).

Modalitatea obținerii acordului pentru întreruperea sarcinii în condiții de siguranță este prevăzută de **Standardul privind întreruperea sarcinii în condiții de siguranță**, aprobat de către MS (Ordinul MS RM nr.268/2020), care prevede că, în cazul minorilor cu vârsta până la 16 ani, consimțământul benevol pentru obținerea serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii este exprimat atât de către minoră, cât și de reprezentantul legal al acesteia. În cazul când este imposibil de a obține consimțământul reprezentantului legal al minorei și când serviciile medicale sunt indicate pentru a păstra viața și sănătatea acesteia, este suficient consimțământul său benevol.

În această situație, decizia este luată în mod consultativ de către prestatorii de servicii, în interesul superior al minorei, în conformitate cu actele normative ale MS și **Legii privind sănătatea reproducerii** nr.138/2012 (Monitorul Oficial Nr. 205-207, art. Nr:673). Această afirmație se referă implicit și la avortul în condiții de siguranță, deoarece este parte componentă a serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii.

Conform cadrului normativ al RM, vârsta atingerii **capacității pentru a da acordul pentru orice serviciu medical**, inclusiv care se referă la asistența în sarcină, naștere, perioada postnatală, **este de 16 ani**. Astfel, adolescentele ≥ 16 ani, pot oferi consimțământul de sine stătător pentru serviciile medicale, inclusiv care se referă la asistența în sarcină (întrerupere de sarcină, asistența antenatală etc.), naștere (analgezie, operație cezariană, vacuum extracție etc.) și perioada post-partum (contracepție etc.). În cazul minorilor cu vârsta până la 16 ani, consimțământul benevol pentru obținerea serviciilor de ocrotire a sănătății reproducerii, inclusiv acele care se referă la asistența în sarcină, naștere și perioada postnatală, este

exprimat atât de minoră, cât și de reprezentantul legal al acesteia. În cazul când este imposibil de a obține consimțământul reprezentantului legal al minorei și când serviciile medicale sunt indicate pentru a păstra viață și sănătatea /acesteia, în special în cazul urgențelor medicale, este suficient consimțământul ei benevol. În această situație, decizia este luată în mod consultativ de către prestatorii de servicii medicale (prin Consiliu de medici sau Consiliul Medical-Consultativ), în interesul superior al minorei și este documentat respectiv în fișa acesteia.

Asigurarea intimității și confidențialității

Multe adolescente vor dezvălui informații cu privire la sexualitate, consumul de substanțe sau asumarea riscurilor, doar dacă vor fi sigure că prestatorul de servicii medicale va păstra confidențialitatea informației. Prin urmare, este foarte important să se asigure confidențialitatea datelor.

Confidențialitatea vizează dreptul pacientei ca informația referitoare la starea sănătății sale fizice și psihice, aspectele intime ale vieții personale, să nu fie divulgată unor persoane terțe, fără consimțământul acesteia sau al reprezentantului legal. Acest drept al pacientei este garantat prin **Legea nr. 133/2011 privind protecția datelor cu caracter personal**, **Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului**, **Legea nr. 264/2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic**, precum și prevederile Codului deontologic al lucrătorului medical și al farmacistului aprobat prin H.G nr. 192/2017.

În procesul de acordare a asistenței medicale, informația confidențială poate fi partajată cu colegii în cazul în care există motiv medical și prestatorul de servicii medicale referă adolescența unui alt prestator de servicii medicale. Acest fapt trebuie explicat adolescentei în prealabil, ca aceasta să înțeleagă ce informație și cui va fi partajată, obținându-se și consimțământul ei.

Conform **Legii nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului** (art. 12 alin. (2)): confidențialitatea informațiilor cu privire la solicitarea de asistență medicală, examinare și tratament, inclusiv a altor informații ce constituie secret medical, este asigurată de medicul curant și specialiștii implicați în acordarea serviciilor de sănătate, precum și de alte persoane cărora aceste informații le-au devenit cunoscute datorită exercitării obligațiilor profesionale și de serviciu.

Totodată, legislația națională prevede și excepții, astfel conform **Legii nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului** (art. 12 alin. (4)): Prezentarea informației confidențiale fără consimțământul pacientului, al reprezentantului său legal sau al rudei apropiate se admite:

- a) pentru a implica în procesul curativ alți specialiști în domeniu, inclusiv în caz de examinare și tratament urgent al persoanei incapabile de a-și exprima voința din cauza stării sale, dar numai în volumul necesar pentru luarea unei decizii adecvate;
- b) pentru a informa organul de stat de supraveghere a sănătății publice în cazul unui pericol real de extindere a bolilor infecțioase, otrăvirilor și contaminărilor în masă;
- c) la solicitarea motivată a organului de urmărire penală, a instanței judecătorești în legătură cu efectuarea urmăririi penale sau a procesului judiciar, în conformitate cu legislația;
- c¹) la solicitarea Avocatului Poporului sau, după caz, a Avocatului Poporului pentru drepturile copilului, în scopul asigurării protecției persoanelor împotriva torturii și a altor pedepse sau tratamente cu cruzime, inumane sau degradante;
- c²) la solicitarea membrilor Consiliului pentru prevenirea torturii, în cadrul vizitelor efectuate de ei și în limitele necesare desfășurării acestora;
- c³) la solicitarea motivată a organului de probațiune în cadrul exercitării atribuțiilor de serviciu în conformitate cu legislația;
- d) pentru informarea părinților, a reprezentanților legali sau a rudelor apropiate ale persoanelor în vârstă de până la 18 ani în caz de acordare acestora a asistenței medicale;
- e) la existența temeiului de a crede că, prejudiciul adus sănătății persoanei este rezultatul unor acțiuni ilegale sau criminale, informația urmând a fi prezentată, în acest caz, organelor de drept competente.

Dacă există o amenințare directă la adresa vieții pacientei (de ex. abuz, maltratare), informația este dezvăluită unei persoane terțe, care deține expertiză în domeniu, iar în caz de violență, prestatorul de servicii medicale este obligat să raporteze autorităților competente aceste cazuri de violență asupra adolescentei.

Conform **Instrucțiunii privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului, aprobate prin Hotărârea Guvernului nr. 270/2014**, reprezentanții prestatorilor de servicii medicale sunt obligați:

- 1) să înregistreze sesizările persoanelor referitor la cazurile suspecte de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului și/sau să se autosesizeze în situațiile în care au identificat cazuri suspecte de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului, aplicând procedurile sectoriale;
- 2) să informeze imediat prin telefon autoritatea tutelară locală, iar în decurs de 24 ore să expedieze Fișa de sesizare a cazului suspect de violență, neglijare, exploatare, trafic al copilului;
- 3) suplimentar să informeze imediat inspectoratul teritorial de poliție/procuratura – în cazul în care cunosc, ori suspectă că, un copil este victimă a unei infracțiuni/contravenții.

În acest context, menționăm și alte acte normative naționale care prevăd raportarea obligatorie a cazurilor de violență fără consimțământul pacientei:

Legea nr. 45/2007 cu privire la prevenirea și combaterea violenței în familie (art. 12 alin. (4)) Persoanele cu funcții de răspundere și profesioniștii cărora le este impusă asigurarea confidențialității sunt obligați să raporteze autorităților competente despre actele de violență în familie, care pun în pericol viața sau sănătatea victimei, ori despre pericolul iminent de a se produce asemenea acte de violență.

În celelalte cazuri, raportarea se va efectua doar cu acordul victimei; (art. 12 alin. (4)¹) Raportarea cazurilor de violență asupra copiilor, inclusiv bănuială rezonabilă de violență asupra copiilor, este obligatorie și nu este necesar de a se efectua cu acordul victimei.

Legea nr.264/2005 cu privire la exercitarea profesiei de medic (art. 13, alin.(4), litera e)): Prezentarea informațiilor care constituie secret profesional către alte persoane fără consimțământul pacientului sau al reprezentantului său legal, se admite în următoarele cazuri:

e) în cazul unor circumstanțe în al căror temei se poate presupune că prejudiciul cauzat sănătății persoanei reprezintă consecința unei acțiuni ilegale.

Legea nr. 263/2005 cu privire la drepturile și responsabilitățile pacientului (art.12, alin. (4), litera e)): Prezentarea informației confidențiale fără consimțământul pacientului sau al reprezentantului său legal (al rudei apropiate) se admite:

e) la existența temeiului de a crede că prejudiciul adus sănătății persoanei este rezultatul unor acțiuni ilegale sau criminale, informația urmând a fi prezentată, în acest caz, organelor de drept competente.

Ordinul comun al Ministerului Sănătății și Ministerului Afacerilor Interne nr. 369/145 din 2016 „Cu privire la măsurile de îmbunătățire a conlucrării dintre Ministerul Sănătății și Ministerul Afacerilor Interne” stabilește că, personalul instituțiilor medico-sanitare, indiferent de apartenență și forma juridică de organizare și subordonare, este obligat să informeze imediat subdiviziunile teritoriale de poliție despre faptul acordării ajutorului medical persoanelor cu leziuni corporale medii sau grave, comise ca urmare a unei infracțiuni asupra lor.

Conform Ghidului OMS de asistență în caz de viol, 2020 - furnizorii de servicii medicale trebuie să fie conștienți de legile și obligațiile privind raportarea obligatorie de violență sexuală/viol și partener intim/violență domestică către poliție sau autorități. Deși raportarea obligatorie are deseori scopul de a

proteja supraviețuitorii (în special copiii), în unele cazuri poate intra în conflict cu principiile pentru lucrul cu supraviețuitorii.

În acest context prestatorii de servicii medicale trebuie să acționeze cu precauție, luând în considerație interesul superior al adolescentei, fără a aduce prejudicii morale și cu maxim respect pentru demnitatea acesteia.

În scopul oferirii unor servicii calitative, este necesar:

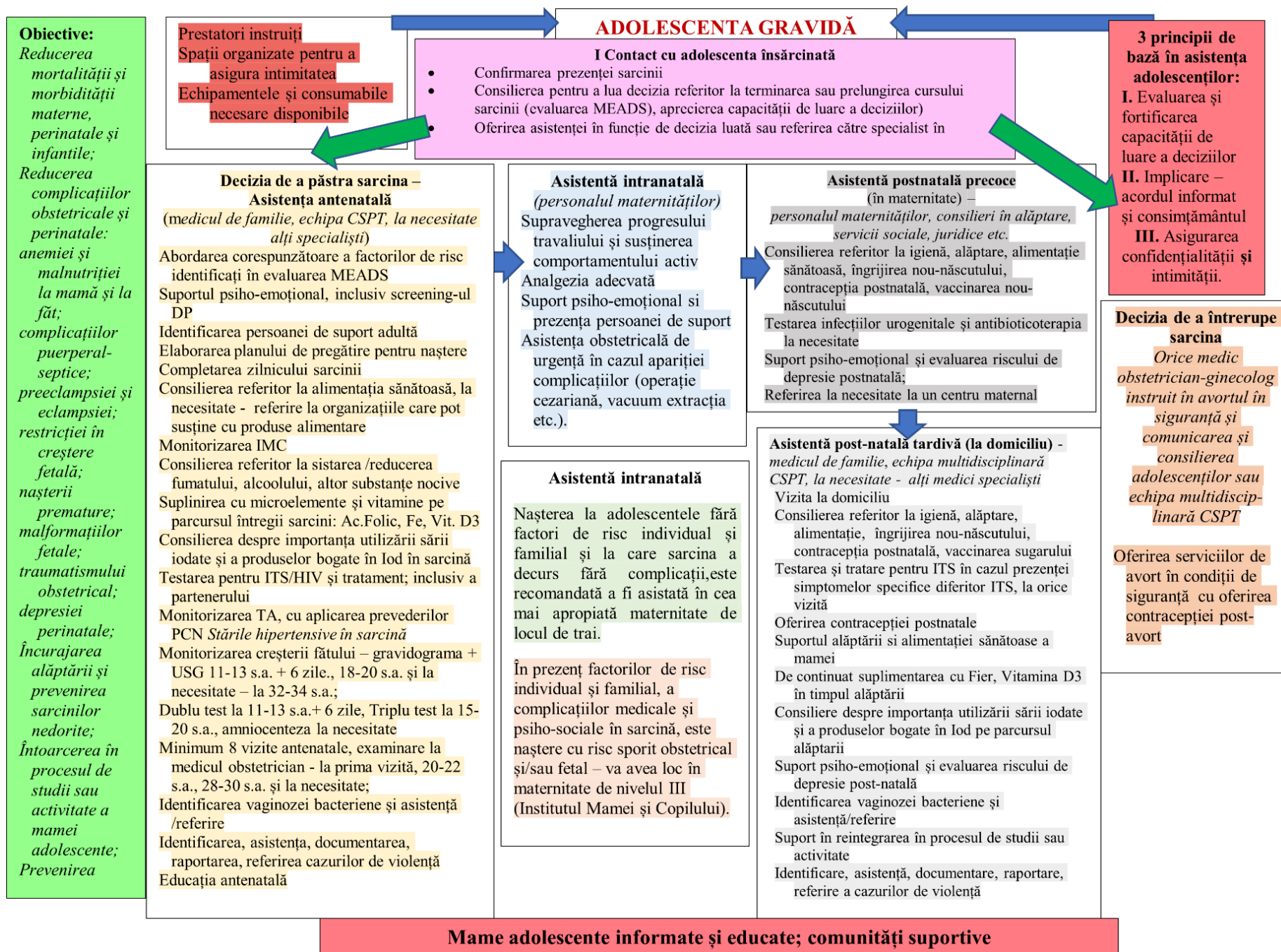
- De a respecta intimitatea și de a păstra confidențialitatea;
- De a cunoaște limitele legale și etice ale confidențialității;
- De a clarifica caracterul confidențial al discuției în timpul fiecărei vizite;
- De a explica în ce circumstanțe, informația oferită poate fi dezvăluită părinților sau altor adulți în care adolescența sau prestatorului de servicii medicale, care deține expertiză în domeniu, are încredere;
- De a încuraja adolescența să împărtășească informațiile cu părinții sau îngrijitorii sau prestatorii de servicii medicale;
- De a discuta la sfârșitul consultării, care informații pot sau nu pot fi dezvăluite părinților, și care sunt motivele dezvăluirii informațiilor.

Atitudinea fundamentală a prestatorilor de servicii medicale, pentru a susține adolescențele/ții în luarea autonomă a deciziilor, se referă la:

- A trata fiecare adolescent/ă ca o personalitate, cu respect pentru drepturile, nevoile și alegerile sale;
- A aborda adolescențele/ții într-o manieră non-discriminatorie și în lipsă de judecată;
- A demonstra empatie, suport, înțelegere, comunicare non-autoritară și ascultare activă;
- A demonstra conștientizarea propriilor atitudini, valori și prejudecați, care pot interfera cu capacitatea de a oferi asistență de calitate;
- A aborda îngrijirea sănătății adolescentei/ului ca un proces și nu ca un eveniment unic.

În luarea deciziilor, este necesar de a lua în considerare principiile etice (respectul pentru autonomie, de a nu dăuna, binefacere și justiție). Ar putea apărea dificultăți atunci când principiile menționate se contrazic (de ex. respectul pentru autonomie intră în conflict cu principiul de a nu dăuna). Nici un principiu nu este mai important decât altul, prin urmare, atunci când două sau mai multe principii sunt în conflict, aplicarea lor ar trebui să se bazeze pe contextul fiecărei situații și să se comunice o decizie care este în interesul superior al minor/ei în oricare situație particulară. Rolul prestatorului este de a sprijini adolescentul/a și/sau părintele /tutorele /curatorul acestuia/ei în aplicarea valorilor lor într-o anumită decizie.

C.1. ALGORITM DE CONDUITĂ A SARCINII, NAȘTERII ȘI PERIOADEI POST-PARTUM LA ADOLESCENTE (10-19 ANI)



Obiective:
Reducerea mortalității și morbidității materne, perinatale și infantile;
Reducerea complicațiilor obstetricale și perinatale: anemiei și malnutriției la mamă și la făt;
complicațiilor puerperal-septice; preeclampsiei și eclampsiei; restricției în creștere fetală;
nașterii premature; malformațiilor fetale;
traumatismului obstetrical;
depresiei perinatale;
Încurajarea alăptării și prevenirea sarcinilor nedorite;
Întoarcerea în procesul de studii sau activitate a mamei adolescente;
Prevenirea

Prestatori instruiți
Spații organizate pentru a asigura intimitatea
Echipamentele și consumabile necesare disponibile

Decizia de a întrerupe sarcina
Orice medic obstetrician-ginecolog instruit în avort în siguranță și comunicarea și consilierea adolescentilor sau echipa multidisciplinară CSPT
Oferirea serviciilor de avort în condiții de siguranță cu oferirea contracepției post-avort

C.2. CONDUITA INTEGRATĂ A SARCINII, NAȘTERII ȘI PERIOADEI POST-PARTUM LA ADOLESCENTE

Conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente include măsurile bazate pe evidențe, orientate în asigurarea unei adaptări optime a adolescentei la sarcină, naștere și rolul de părinte, precum și pentru reducerea riscurilor medicale și psiho-sociale, care se referă la sarcina în adolescență și la factorii ce contribuie la survenirea acestor riscuri.

C.2.1 Măsurile de asigurare a adaptării în sarcină și răspunsul la nevoile de dezvoltare ale mamei adolescente

1. Adoptarea unei abordări multidisciplinare a medicului de familie în comun cu echipa multidisciplinară (medic obstetrician-ginecolog, psiholog, asistent social) în CSPT și alt specialist la necesitate (II-1A), pentru a satisface nevoile specifice ale adolescentei, în funcție de vârstă și gradul de dezvoltare (VGi și capacitatea de luare a deciziei) (III-B) **(la prima vizită)**.
2. Informarea și consilierea adolescentei cu sarcina uterină confirmată, în privința opțiunilor existente (III-A) (la prima vizită). Luarea în evidență înainte de 12 săptămâni amenoree (s.a.), pentru a decide strategia ulterioară (întreruperea sau păstrarea sarcinii) (III-A) **(la prima vizită)**.
3. Evaluarea factorilor de risc psiho-sociali (conform MEADS) și evaluarea capacității adolescentei de a lua decizia prin intermediul instrumentului OMS de evaluare **(la prima vizită)**, actualizarea lor la fiecare vizită și adresarea la timp a riscurilor identificate.
4. Aprecierea vârstei cronologice și VGi (VGi ≤ 3 ani, VGi > 3 ani). Vârsta ginecologică este indicele vârstei cronologice, numărul anilor de la survenirea menarhei până la instalarea sarcinii actuale **(la prima vizită)**.
5. Identificarea unei persoane adulte de suport în care adolescenta are încredere (preferențial părintele, dar nu neapărat) (II-2A) și implicarea acesteia în cadrul asistenței perinatale la orice nivel (asistarea la vizite, la naștere, luarea deciziilor) la nivel prespitalicesc și/sau spitalicesc (II-2A), și implicarea la necesitate a reprezentantului legal, juristului **(la prima vizită și/sau pe parcursul sarcinii, la necesitate)**.
6. Consilierea motivațională pe parcursul sarcinii referitor la menținerea unui mod sănătos de viață: alimentație sănătoasă, igienă corectă, mișcare, evitare a fumatului activ și pasiv, a consumului de alcool și altor substanțe psiho-active. Încurajarea mamei adolescente să ducă un jurnal al evoluției sarcinii și îngrijirii copilului.
7. Implicarea în educația antenatală, inclusiv prin intermediul cursului de educație antenatală, a unui membru a familiei /partenerului /persoanei adulte de suport, după caz.
8. Elaborarea și actualizarea planului de pregătire pentru naștere (cu identificarea persoanei adulte de suport, stabilirea acțiunilor în caz de semne de pericol și a acțiunilor de pregătire pentru naștere) **(la fiecare vizită)**.
9. Evaluarea și consilierea psihologică **la prima vizită** (inclusiv screening pentru depresia prenatală) și pe parcurs, cu identificarea dereglării posttraumatice și depresiei perinatale (DP), efectuarea de psihoterapie după caz.
10. Vizita de evaluare și monitorizare a condițiilor de trai și celor necesare pentru îngrijirea copilului – de către echipa medicului de familie cu asistentul social de la locul de trai sau de la CSPT, în comun cu persoana adultă de suport la necesitate **(în timpul sarcinii și după externare din maternitate)**. Suportul social pe parcursul sarcinii, locul de trai, condițiile de trai, continuarea studiilor. Identificarea cazurilor de violență pe bază de gen cu asistența complexă medicală, psiho-socială și juridică corespunzătoare.

11. Prevenirea, identificarea și acordarea asistenței de primă linie în cazul diferitor forme de violență față de mamele adolescente. În cazul adolescentelor minore pot fi aplicate măsurile de protecție și față de mama minoră și copilul acesteia, în corespundere cu cadrulul normativ în vigoare

C.2.2 Conduita integrată a sarcinii la adolescente

Prima vizită a adolescentei însărcinată are ca scop:

- Confirmarea prezenței sarcinii (prin test rapid, examinare ginecologică și/sau examen ultrasonografic (USG)),
- Evaluarea de bază și abordarea corespunzătoare a factorilor de risc și de protecție psiho-sociali ce ar putea influența riscurile medicale și psiho-sociale din sarcină (evaluarea MEADS),
- Evaluarea capacității de luare a deciziilor a adolescentei și identificarea unei persoane adulte de suport în caz de necesitate,
- Luarea deciziei despre cursul sarcinii – prelungirea sarcinii și oferirea asistenței antenatale sau a serviciilor de avort în siguranță (dacă termenul sarcinii permite),
- Asistența în conformitate cu decizia luată:
 - ✓ *oferirea asistenței antenatale* (conform Standardului de supraveghere a gravidelor cu evoluție fiziologică a sarcinii în condiții de ambulator, aprobat de către MS),
 - ✓ *oferirea serviciilor de avort în siguranță și a contracepției post-avort* (conform Standardului privind efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță, aprobat de către MS),
- Evaluarea stării psiho-emoționale, a riscului de DP, oferirea de asistență psihologică la necesitate.

Prima vizită poate avea loc la nivelul diferitor instituții medico-sanitare și specialiști – medicul de familie, specialiștii CSPT, asistentul medical, medicul obstetrician-ginecolog din secția consultativă sau spital /Centrul perinatal, specialiști din secțiile de asistență medicală urgentă etc.

Conduita sarcinii la adolescente este responsabilitatea medicului de familie și a echipei multidisciplinare din CSPT, iar în funcție de riscurile identificate se implică și alți specialiști de la diferite nivele de asistență medicală și psiho-socială, preferențial instruiți în domeniul sănătății adolescenților. Examinare la medicul obstetrician-ginecolog se încadrează în echipa multidisciplinară de conduită a sarcinii la adolescente la prima vizită, la 20-22 s.a., 28-30 s.a., și la necesitate (preferabil de la CSPT, sau un specialist instruit).

Este important ca specialistul care este implicat să dețină competențe în comunicare și consilierea adolescenților, efectuarea evaluării MEADS și adresării /abordării adecvate a riscurilor identificate. Sunt necesare cunoștințe și abilități în: efectuarea evaluării capacității de luare a deciziilor de către adolescenți, efectuarea avortului în siguranță, conduita conform Standardului național de asistență antenatală. Dacă specialistul nu are astfel de competențe, la suspiciunea sarcinii (cu excepția cazurilor de urgență care trebuie rezolvate la nivel de staționar), referă adolescenta la medicul obstetrician-ginecolog și/sau echipa-multidisciplinară a CSPT din apropiere.

Tabelul 1. Măsurile necesare de efectuat în asistența antenatală la adolescente pentru reducerea riscurilor medicale și psiho-sociale

Riscul medical, psiho-social	Măsurile de reducere a riscului
Prevenirea anemiei și malnutriției la mamă și la făt	<ul style="list-style-type: none"> - Consilierea despre alimentația sănătoasă, poate fi efectuată împreună cu familia /persoana de suport. Referire către serviciul social pentru a asigura cu alimente în caz de necesitate (II-A) - Administrarea preparatelor de Fier 100 mg de fier elementar pe zi, de la de la prima vizită pe tot parcursul sarcinii (II-2A) - Consiliere despre importanța utilizării sării iodate și a produselor bogate în Iod în decursul sarcinii (II-A) - Managementul adaosului ponderal în sarcină (prin calcularea indicelui masei corporale (greutatea în kg/înălțime în m²) (de la prima vizită și pe parcurs) (II, B1)*)
Reducerea complicațiilor puerperal-septice	<ul style="list-style-type: none"> - Testarea la ITS și tratarea la necesitate: HIV, sifilis (teste imunologice, preferabil rapide), gonoreea, trichomoniază, chlamidia (test PCR) (II-2A) la stabilirea la evidență (prima vizită), cu repetarea la 26-28 s.a. sau peste 2 luni după testarea primară; repetarea la necesitate (pentru grupul de risc sau testele primare pozitive).** - Testarea și tratare pentru ITS (inclusiv gardnerela, candida, micoplasmoză, ureaplasmoză, herpes genital etc.) în cazul prezenței simptomelor specifice diferitor ITS, la orice vizită (II-2A). În situațiile în care tratamentul bazat pe rezultatele testelor moleculare nu este fezabil sau dacă testele moleculare nu sunt disponibile sau nu au fost efectuate, se indică un tratament bazat pe testarea cu teste rapide la punctul de îngrijire de calitate sau pe tratament sindromal (I-C)** - Efectuarea screening-ului (II-2A), diagnosticului și tratamentului ITS al partenerului (III-A) - Analiza generală de urină (prima vizită, cu repetarea la 22-24 s.a. și 35-36 s.a.); urocultura la prima vizită și la necesitate.
Prevenirea stărilor hipertensive	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluarea tensiunii arteriale (TA), pulsului (Ps) (IIa- A) - Determinarea proteinuriei – la 20 s.a., 30 s.a., 36 s.a., 38 s.a., 40 s.a. (II-2A) - Administrarea Vitaminei D3*** – 1000 UI /zi sau 4000 UI/zi (în caz de supraponderare, test TOTG pozitiv, infecții, boli cronice, hipertensiunea arterială esențială, RCF (IIa - B) - Conduita conform Protocolului clinic național <i>Stările hipertensive în sarcină</i> (de monitorizat corect TA la vizite).
Prevenirea RCF	<ul style="list-style-type: none"> - Consiliere referitor la alimentația sănătoasă, sistarea /reducerea consumului de tutun și alcool, altor substanțe în timpul sarcinii (IIA) - Reevaluarea vârstei de gestație (VG) în baza primei zile a ultimei menstruații (UM) și USG de prim trimestru (la 11-13 s.a.+6 zile) și la a 18-21 s.a. (I-A) - Evaluarea înălțimii fundului uterin în funcție de VG, conform gravidogramei - USG 32-34 s.a. la prezența semnelor clinice (III-).

Prevenirea malformațiilor fetale	<ul style="list-style-type: none"> - Ac. Folic – 1 mg (1000 mcg), o dată la două zile, începând cu momentul luării la evidență la medicul de familie și pe tot parcursul sarcinii - Detectarea și tratarea cât mai precoce a ITS și altor focare de infecții - Efectuarea de dublu test la 11-13 + 6 s.a.; Triplu test la 15-20 + 6 s.a., amniocenteza la necesitate.
Prevenirea nașterii premature și a complicațiilor acesteia	<ul style="list-style-type: none"> - Detectarea și tratarea cât mai precoce a ITS și altor focare de infecții - Elaborarea și actualizarea la fiecare vizită a planului de pregătire pentru naștere - Încurajarea completării de către gravida adolescentă a zilnicului sarcinii (starea generală, emoțiile, mișcările fătului, starea uterului, senzații noi, simptome noi de boală dacă există etc.) și discutarea conținutului.
Prevenirea traumatismului emoțional și a DP	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluarea și consilierea psihologică din prima vizită (inclusiv screening pentru DP) și pe parcurs, cu identificarea DP, psihoterapie după caz - Suportul social pe parcursul sarcinii, locul de trai, condițiile de trai, continuarea studiilor - Oferirea suportului emoțional, comunicarea în mod respectuos, cu un ton amabil, empatic, într-un limbaj accesibil, cu explicarea necesității efectuării fiecărei examinări, a manoperelor și/sau a intervenției (oferirea răspunsului la întrebările survenite etc.) (II-3A).
Prevenirea diferitor forme de violență față de mamele adolescente	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluarea contextului psiho-social, inclusiv ce ține de siguranță la prima vizită și pe parcursul sarcinii - Acordarea asistenței de primă linie în toate cazurile de abuz/violență identificate; - Acordare/referire pentru asistență medicală și psihologică, la necesitate - Documentarea și raportarea cazului în corespundere cu prevederile cadrului normativ din domeniu - Referire la necesitate la expertiza medico-legală, serviciile sociale/de plasare temporară, juridice etc.

*Conform recomandărilor OMS (2016), dacă înaintea sarcinii IMC a femeii este $\leq 18.5 \text{ kg/m}^2$, se recomandă adaosul ponderal între 12.5–18.0 kg în sarcina monofetală și nu sunt recomandări specifice pentru sarcina gemelară; dacă $18.5 < \text{IMC} < 24.9 \text{ kg/m}^2$, se recomandă adaosul ponderal între 11.5–16.0 kg pentru sarcina monofetală și 16.8–24.5 kg în sarcina gemelară; dacă $25.0 < \text{IMC} < 29.9 \text{ kg/m}^2$, se recomandă adaosul ponderal între 7.0–11.5 kg în sarcina monofetală și 14.1–22.7 kg în sarcina gemelară; iar dacă $\text{IMC} \geq 30.0 \text{ kg/m}^2$, se recomandă adaosul ponderal între 5.0–9.0 kg în sarcina monofetală și 11.4–19.1 kg în sarcina gemelară.

**Adolescentele însărcinate au risc cu mult mai mare decât femeile peste 25 ani să fie infectate cu diferite tipuri de ITS, care pot spori esențial riscul infecțiilor intra-uterine și puerperal-septice. În acest context Ghidul SDC referitor la tratamentul infecțiilor cu transmitere sexuală (2015), recomandă testarea universală la prima vizită de asistență antenatală pentru toate tinerele însărcinate cu vârsta sub 25 ani pentru HIV, sifilis, gonoree chlamidiază, și testarea selectivă la ITS în caz de prezența simptomelor specifice, la orice vizită (55). Evidențele mai recente demonstrează că infecție cu T. vaginalis a fost asociată cu o probabilitate crescută de corioamniotită (56). Detectarea precoce a ITS poate preveni rezultatele adverse ale sarcinii. Vigilența continuă în depistarea ITS în timpul sarcinii, inclusiv luarea în considerare a screening-ului universal pentru T. vaginalis, este explicată în acest grup de populație cu risc ridicat. Totodată, OMS recomandă în situațiile în care tratamentul bazat pe rezultatele testelor moleculare nu este fezabil sau dacă testele moleculare nu sunt disponibile sau nu au fost efectuate, se indică un tratament bazat pe testarea cu teste rapide în cadrul oficiului medicului sau pe tratament sindromal. (57)

*** Adolescenții, în special în peak-ul de creștere, au o necesitate sporită de Vitamina D3, explicată de mineralizarea intensă a oaselor, maturizarea hormonală, comparativ cu alte grupuri de vârstă. Totodată, deficiența de vitamina D este frecventă la adolescenți din întreaga lume, iar lista efectelor dăunătoare raportate asupra sănătății, asociate cu această deficiență, continuă să crească. În acest context, cu toate că încă nu există un consensus general acceptat între toate societățile profesionale, Societatea internațională de medicină și sănătate a adolescenților (2013) recomandă de a oferi suplimente de vitamina D de 600 UI zilnic (400–800 UI zilnic, în funcție de disponibilitatea preparatului pe piață) pentru adolescenții sănătoși și cel puțin 1000 UI zilnic pentru adolescenții care prezintă risc de deficiență (inclusiv în sarcină) sau

insuficiență de vitamina D în plus la vitamina D primită prin dietă sau prin expunerea la soare (29) În sarcină, nivelul seric de 25-hidroxivitamina [25(OH)D] scade progresiv din cauza solicitărilor și ajustărilor fiziologice fetale. Suplimentarea cu vitamina D în timpul sarcinii la femeile cu statut scăzut de vitamina D poate îmbunătăți creșterea fătului și poate reduce riscurile pentru masă mică la naștere, preeclampsie, naștere prematură și diabet gestațional (19), complicații frecvent întâlnite printre mamele adolescente. Mamele cu nivel suficient de vitamina D nasc copii cu mai puține defecte ale smalțului dentar și mai puțin deficit de atenție, și tulburări hiperactive, și autism. Dovezile recente din studiile de intervenție cu vitamina D (2020) și meta-analizele existente, susțin suplimentarea cu vitamina D în timpul sarcinii pentru a îmbunătăți sănătatea mamei, a fătului și a copiilor cu prognostic pozitiv imediat și tardiv. Recomandările referitor la vitamina D în sarcină nu sunt consistente, și se referă de la utilizarea doar în situațiile de risc sporit pentru a preveni masă mică la naștere, preeclampsia, nașterea prematură și diabetul gestațional (58), până la recomandări de utilizare universală de la 400-600 UI/zi până la 4000 UI/zi (21). Reviurile și evidențele recente (2020, 2023) denotă faptul că dozele mai mari de vitamina D (1000–4000 UI/zi) pot fi convenabile pentru a obține rezultate mai bune la mamă și sugar (57,59), care pot fi aplicate în cazul mamelor adolescente.

Conduita sarcinii la adolescente, în cazul cărora nu s-a identificat riscuri medicale și psiho-sociale, precum și factori de ordin personal sau familial, care ar putea duce la astfel de riscuri, se efectuează conform Standardului de supraveghere a gravidelor cu evoluție fiziologică a sarcinii în condiții de ambulator și a recomandărilor generale (tabelul de integrare a măsurilor de asistență antenatală specifice mamelor adolescente în Standardul de supraveghere a gravidelor adolescente cu evoluție fiziologică a sarcinii în condiții de ambulator în anexa 6).

La adolescentele la care s-au identificat unul sau mai mulți factori de risc pentru sănătate, și factori de ordin individual și/sau familial, care pot să sporească aceste riscuri, sarcină se monitorizează conform unui plan individual.

C.2.3. Conduita integrată a nașterii la adolescente

Nașterea la adolescentele cu vârsta 14 ani și/sau V Gi >3 ani, cu capacitate înaltă de luare a deciziilor, în lipsa subnutriției, a patologiilor cronice, a focarelor de infecții (inclusiv ITS) și la care sarcina a decurs fără complicații, este monitorizată în cel mai apropiat Centru perinatal de locul de trai.

Nașterea cu risc sporit obstetrical și/sau fetal trebuie să aibă loc în Centrul perinatal de nivelul III, IMSP Institutul Mamei și Copilului.

Factorii de risc care determină aceste sarcini sunt:

- Vârsta ≤ 14 ani și/sau VGi ≤ 3 ani,
- Capacitatea de luare a deciziilor redusă indiferent de vârstă,
- Stare de subnutriție și patologii cronice preexistente,
- Utilizare a substanțelor psiho-actieve,
- Sarcină survenită în urma violului sau trecerea prin experiența violenței de orice tip,
- Infectarea cu ITS, inclusiv HIV înainte de survenirea sarcinii sau pe parcursul acesteia,
- Survenirea complicațiilor medicale și psiho-sociale pe parcursul sarcinii.

Tabelul 2. Măsurile necesare în conduita travaliului la adolescente pentru reducerea riscurilor medicale și psiho-sociale

Riscul medical, psiho-social	Măsurile de reducere a riscului
Prevenirea traumatismului obstetrical	- Supravegherea progresului travaliului și susținerea comportamentului activ (respirație, selectarea poziției, mișcare) - Evitarea amniotomieii precoce pentru prevenirea nașterii rapide - Analgezia adecvată a travaliului (administrarea de spasmolitice și preferabil anestezie epidurală)

	<ul style="list-style-type: none"> - Detectarea la timp a semnelor de travaliu prelungit și obstrucționat, și acordarea asistenței obstetricale de urgență corespunzătoare (operația cezariană, vacuum extracția fătului etc.).
Prevenirea traumatismului psiho-emoțional	<ul style="list-style-type: none"> - Însotirea obligatorie a adolescentei de către persoana adultă de suport (II-2A), inclusiv în perioada crizelor /dezastrelor medicale și/sau sociale (III-B) - Oferirea suportului emoțional pe parcursul travaliului și comunicarea în mod respectuos, cu un ton amabil, empatic, într-un limbaj accesibil, cu explicarea necesității efectuării fiecărei examinări, manopere și/sau intervenții (informarea parturientei despre situația la moment și oferirea răspunsului la întrebările survenite, ce și cu ce scop se efectuează anumite acțiuni) (II-3A) - Implicarea adolescentelor de toate vârstele (în funcție de capacitatea lor de autonomie) în luarea deciziilor referitor la conduita travaliului - Contactul piele la piele la naștere (cu acordul primit; nu se insistă dacă adolescenta a decis să dea copilul spre adopție).
Reducerea riscului de preeclampsie și /sau eclampsie	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluarea minuțioasă a valorilor TA și - Aplicarea la necesitate a Protocolului Clinic Național <i>Stările hipertensive în sarcină</i>
Prevenirea lipsei sau întreruperii rapide a alăptării	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicarea nou-născutului la piept în primele 30 min după naștere (cu excepția indicațiilor medicale – de ex: infecția HIV sau decizia de a da copilul spre adopție).

C.2.4 Conduita integrată a perioadei post-partum la mamele adolescente

Tabelul 3. Măsurile necesare în conduita post-partum precoce (în maternitate) la mamele adolescente pentru reducerea riscurilor medicale și psiho-sociale

Riscul medical, psiho-social	Măsurile de reducere a riscului
Prevenirea și/sau reducerea riscurilor complicațiilor puerperal-septice	<ul style="list-style-type: none"> - Observarea riguroasă a apariției semnelor infecțiilor puerperale și urograme (III-B); inclusiv urocultura la necesitate (prezența factorilor de risc inflamator și/sau infecțios în perioada antenatală) - Antibioticoprofilaxie și/sau tratament antibacterian timp de 5 zile, în toate cazurile de operație cezariană, în prezența semnelor de infecție urogenitală (II-2A), inclusiv a vaginozei bacteriene (III-B) - Consilierea mamei adolescente referitor la igiena corectă.
Prevenirea dereglărilor de nutriție la mamă și la nou-născut	<ul style="list-style-type: none"> - Oferirea suportului pentru a dezvolta și aplica abilitățile de alăptare și îngrijirea nou-născutului - Consilierea nutrițională (II-2A) și recomandarea de a continua suplimentarea cu Fier (II-2A), Vitamina D pe parcursul alăptării. - Consiliere despre importanța utilizării sării iodate și a produselor bogate în Iod pe parcursul alăptării (IIA).
Prevenirea traumatismului psiho-emoțional și sporirea integrării sociale a mamei adolescente	<ul style="list-style-type: none"> - Oferirea suportului emoțional și comunicare respectuoasă/prietenosă, într-un limbaj accesibil, cu explicarea necesității efectuării fiecărei examinări, manopere și/sau intervenții (informarea lăuzei despre situația la moment și oferirea răspunsului la întrebările survenite (ce și cu ce scop se efectuează anumite acțiuni) (II-3A) - Evaluarea riscului de DP și corecția psiho-terapeutică corespunzătoare

	<ul style="list-style-type: none"> - Implicarea adolescentelor de toate vârstele (în funcție de capacitatea lor de autonomie) în luarea deciziilor referitor la conduita în perioada postnatală - Referirea mamei adolescente pentru suport psiho-social la CSPT/YK; la centrele maternale, serviciul asistență parentală profesionistă, la necesitate, după externare din maternitate.
Prevenirea unei sarcini nedorite	<ul style="list-style-type: none"> - Consiliere contraceptivă, cu promovarea metodelor de contracepție (III-B), în special utilizarea prezervativului în caz de ITS la unul dintre parteneri (III-A), informarea despre rolul amenoreei de lactație - Inserarea dispozitivului intrauterin și oferirea produselor de contracepție (după posibilitate).
Prevenirea infecțiilor la nou-născut	<ul style="list-style-type: none"> - Informarea și educarea despre importanța vaccinării nou-născutului - Efectuarea vaccinărilor necesare nou-născutului.

Tabelul 4. Măsurile necesare în conduita postpartum tardivă (la domiciliu) la mamele adolescente pentru reducerea riscurilor medicale și psiho-sociale

Riscul medical, psiho-social	Măsurile de reducere a riscului
Prevenirea și/sau reducerea riscurilor complicațiilor puerperal-septice	<ul style="list-style-type: none"> - Consilierea mamei adolescente referitor la igiena corectă în perioada postnatală - Educarea mamei adolescente despre semnele de pericol (febră, dureri, hemoragie) și apelarea precoce la asistența medicală în cazul survenirii lor - Testarea și tratare pentru ITS (inclusiv gardnerela, candida, micoplasmoză, ureaplasmoză, herpes genital etc.) în cazul prezenței simptomelor specifice diferitor ITS, la orice vizită. (II-2A). În situațiile în care tratamentul bazat pe rezultatele testelor moleculare nu este fezabil sau care au teste moleculare nu sunt disponibile sau nu au fost efectuate, se indică un tratament bazat pe testarea cu teste rapide la punctul de îngrijire de calitate sau pe tratament sindromal (I-C) - Vizita la domiciliu a asistentul medical de familie cu asistentul social de la locul de trai, în primele zile după externarea din maternitate, pentru evaluarea condițiilor de îngrijire și igienă, referirea pentru suport psiho-social.
Prevenirea dereglărilor de nutriție la mamă și la nou-născut	<ul style="list-style-type: none"> - Oferirea suportului pentru a dezvolta și aplica abilitățile de alăptare, și îngrijirea nou-născutului - Consiliere nutrițională (II-2A) și recomandarea de a continua suplimentarea cu Fier (II-2A), Vitamina D pe parcursul alăptării - Consiliere despre importanța utilizării sării iodate și a produselor bogate în Iod pe parcursul alăptării (II-A).
Prevenirea traumatismului psiho-emoțional și sporirea integrării sociale a mamei adolescente	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluarea riscului de DP și corecția psihoterapeutică corespunzătoare - Implicarea adolescentelor de toate vârstele (în funcție de capacitatea lor de autonomie) în luarea deciziilor referitor la conduita în perioada postnatală - Referirea mamei adolescente pentru suport psiho-social la CSPT/YK, la Centrul Comunitar de Sănătatea Mintală sau la asistența socială.
Prevenirea unei	<ul style="list-style-type: none"> - Consiliere contraceptivă, cu promovarea metodelor de contracepție (III-

sarcini nedorite	<p>B), în special utilizarea prezervativului în caz de ITS la unul dintre parteneri (III-A), informarea despre rolul amenoreei de lactație</p> <ul style="list-style-type: none"> - Inserarea /injectarea /oferirea produselor de contracepție (medicul de familie sau CSPT/YK).
Prevenirea infecțiilor la nou-născut	<ul style="list-style-type: none"> - Informarea și educarea despre importanța vaccinării sugarului - Efectuarea vaccinărilor necesare sugarului.
Prevenirea diferitor forme de violență față de mamele adolescente	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluarea contextului psiho-social, inclusiv ce ține de siguranță la prima vizită și pe parcursul sarcinii - Acordarea asistenței de primă linie în toate cazurile de abuz/violență identificate; - Acordare/referire pentru asistență medicală și psihologică, la necesitate - Documentarea și raportarea cazului în corespundere cu prevederile cadrului normativ din domeniu - Referire la necesitate la expertiza medico-legală, serviciile sociale/de plasare temporară, juridice etc.

C.3. Monitorizarea și evaluarea calității conduitei integrate a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum în funcție de nevoile adolescente

Monitorizarea și evaluarea asistenței medicale fac parte din procesele sistemului de management al calității serviciilor implementat atât la nivel de prestator de servicii medicale, cât și la nivel de sistem de sănătate, în dependență de către cine sunt realizate activitățile.

- *Monitorizarea calității conduitei integrate a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente*

Activitățile de monitorizare prevăd culegerea sistematică și periodică a indicatorilor/datelor aferente conduitei integrate a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente conform prevederilor Protocolului în cauză, pentru a înregistra devierile /abaterile nefondate și a măsura conformitatea serviciilor în baza evaluării ulterior efectuate. Astfel, monitorizarea are rolul unui sistem preventiv de alarmă cu privire la neconformități și posibile riscuri

Scopul monitorizării este de a ajuta prestatorii de servicii medicale să reflecteze asupra activităților realizate/serviciilor prestate, să aprecieze la un moment dat cât de eficiente sunt acestea și să determine ce schimbări sunt necesare de implementat pentru asigurarea calității conduitei integrate a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente în conformitate cu prevederile protocolului.

Monitorizarea calității conduitei integrate a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente se va realiza în baza indicatorilor de monitorizare prezentați în continuare, cu o periodicitate stabilită, către instituția desemnată pentru colectarea acestora.

Indicatori de monitorizare

- % specialiștilor din CSPT/instituțiile de asistență medicală primară/maternități, instruiți în conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei postpartum la adolescente;
- % adolescentelor însărcinate care au primit suplimente de Ac. Folic, Fier, Iod, Vitamina D în sarcină și după naștere conform Standardului;
- % mamelor adolescente care au alăptat timp de 6 luni, 12 luni;
- % mamelor adolescente consiliate de către psiholog/psihoterapeut în decursul sarcinii și postnatal;
- % mamelor adolescente care au primit contraceptive/la care s-au inserat DIU/injectat contraceptive după naștere;
- % mamelor adolescente-eleve/studente care s-au reîntors după naștere la procesul educațional;
- % adolescentelor însărcinate care au beneficiat de programul de educație antenatală.

Urmare a obținerii prin monitorizare a unor date privind conduită integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente, care reflectă practicile curente, acestea pot fi folosite pentru organizarea evaluării conformității implementării în activitatea prestatorilor de servicii medicale a protocolului aprobat de către MS.

- *Evaluarea calității conduitei integrate a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente*

Evaluarea este un proces de colectare a evidențelor, validare a datelor colectate și analiză a acestora pentru a stabili cât de conforme și eficiente sunt serviciile în raport cu documentele de referință, care este gradul de realizare a cerințelor protocolului .

Evaluarea este un proces flexibil, care ne ajută să învățăm din activitățile pe care le realizăm. Ea vine să ne ofere atât informații despre ce se desfășoară bine în implementarea protocolului, pentru a

menține și multiplica acești „factori de succes”, precum și va identifica neconformitățile, pentru a revedea și adapta activitățile.

Evaluarea poate avea diferite forme (audit medical, evaluare între colegi, autoevaluare), dar indiferent de forma sa, evaluarea ne ajută să înțelegem mai bine organizarea activităților, să identificăm problemele care există în instituție/la nivel de sistem de sănătate, care sunt necesitățile, să planificăm activitățile și să măsurăm impactul acestora prin evaluarea rezultatelor.

Auditul medical al conduitei integrate a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente

Auditul medical reprezintă evaluarea serviciilor medicale acordate de către prestatori în raport cu actele normative de standardizare, în cazul dat – Protocolul clinic standardizat „Conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente”, care este, totodată, și documentul de referință.

Misiunea auditului este de a acorda consultanță și asigurări obiective privind eficacitatea serviciilor, oferind recomandări pentru îmbunătățirea acestora și contribuirea la realizarea sarcinilor stabilite. Auditul medical are un caracter de învățare din erori, fără acuzare.

Astfel, în scopul evaluării calității conduitei integrate a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente, CSPT vor organiza periodic (1-2 ori pe an și la necesitate) ședințe de audit medical (planificat și neplanificat, la necesitate) al cazurilor de sarcini la adolescente în teritoriul deservit, cu implicarea specialiștilor de la toate nivelele, pentru a discuta cazurile survenite, ca parte a activităților de supervizare suportivă.

Drept instrument de evaluare, aplicat în auditul medical atât cel planificat, cât și cel neplanificat, va servi ***Fișa standardizată de audit medical bazat pe criterii ce rezultă din prevederile*** Protocolul clinic standardizat „Conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente” (anexa 9).

Auditul cazurilor de asistentă a sarcinii în adolescență este preferabilă să fie organizate de echipe interdisciplinare cu implicare specialităților din AMP, CSPT, maternități, cu cooptarea la necesitate a altor specialiști, sau poate fi efectuat parțial pe anumite segmente de asistentă – antenatală, intra-natală sau post-natală. Raportul de audit trebuie să includă fișa de audit completată, indicarea acțiunilor îndeplinite în corespundere cu standardul, cauzelor/argumentelor pentru acțiunile care nu au fost îndeplinite și unui plan de activități pentru a asigura în practica ulterioară adresarea acestor cauze și implementarea acțiunilor care nu au fost îndeplinite.

Anexa 1. Evaluarea factorilor psiho-sociali de risc și protectivi pentru adolescența gravidă (evaluarea MEADS)

Evaluarea contextului-psihosocial (MEADS) poate ajuta la:

- depistarea problemelor de sănătate și dezvoltare pe care adolescența gravidă nu le-a prezentat
- determinarea dacă adolescența gravidă adoptă comportamente care ar putea avea efecte negative asupra sănătății ei și/sau a copilului (de ex. utilizarea drogurilor injectabile sau act sexual neprotejat în prezența ITS)
- identificarea factorilor importanți din mediul adolescenților, care sporesc probabilitatea ca aceștia să adopte comportamente deviate.

MEADS este acronimul de la

- Mediu familial
- Educație/Munca
- Alimentație
- Activitate
- Droguri
- Sexualitate
- Siguranță
- Suicid/Depresie

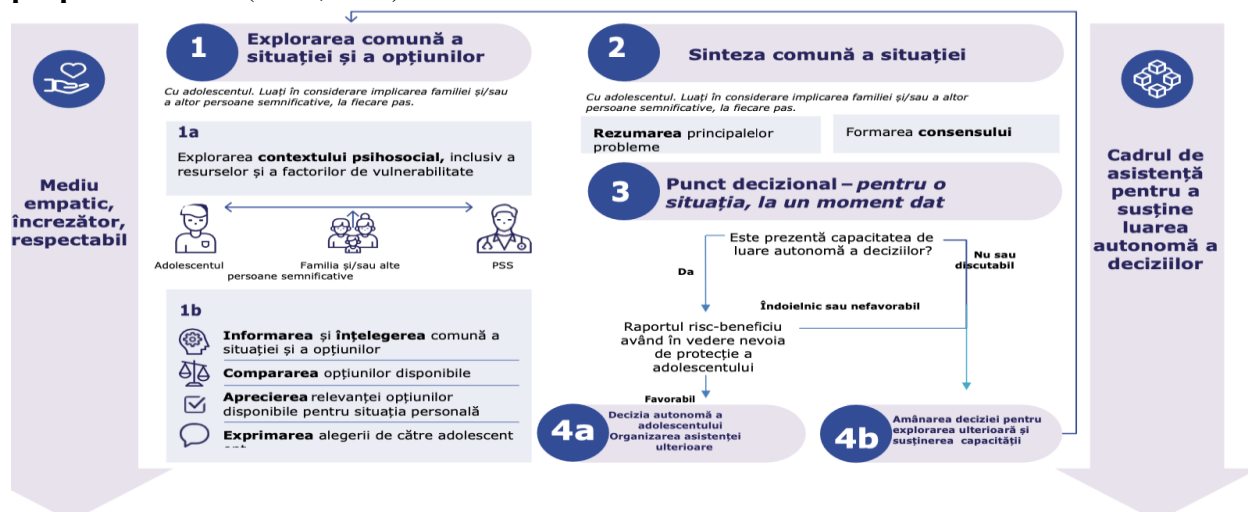
Evaluarea contextului psiho-social poate să ajute la reducerea riscurilor atât medicale, cât și psihosociale, reducerea comportamentelor riscante, identificarea și valorificarea resurselor personale pentru o mai bună adaptare pentru sarcină, naștere și rolul de părinte, precum și pentru o integrare socială mai constructivă a mamei adolescente.

!!! Evaluarea MEADS poate fi efectuată atunci când prestatorul posedă deprinderi de comunicare și consiliere a adolescentului/ei, inclusiv deprinderi de consiliere motivațională referitor la riscurile identificate; în caz de necesitate prestatorul va referi adolescentul/a la serviciile care dețin capacități.

Cadrul de evaluare MEADS și adresare a riscurilor identificate la adolescentele însărcinate:

Mediu psihosocial al adolescentei însărcinate	Exemple de întrebări	Factorii de protecție identificați	Factorii de risc identificați	Care au fost acțiunile de răspuns factorii de risc identificați? (informare, consiliere, referire – unde?)
Puncte forte și interese	Cum te-ai descrie pe tine însăși? Spune-mi cu ce te mândrești în legătura cu propria persoană? Cum te-ar descrie prietenii tăi cei mai buni? Ce este important pentru tine?			
Perceperea stării ce face referire la sarcină	Cum te simți referitor la sarcină și la starea ta de sănătate în general? Cum te descurci cu recomandările medicale /medicamentele pe care le iai? Cine te ajută cu asistența medicală?			
Mediul de trai	Unde locuiești? Cine locuiește cu tine? Cum sunt relațiile acasă? Pe cine te poți baza când ai o problemă? Ai fost vreodată implicată în situații violente în cadrul familiei tale sau ai asistat la așa situații? Cine este persoana adultă apropiată în care ai încredere?			
Educația/angajarea	Care este ocupația ta actuală? Cum îți merge (note, relații cu prietenii și profesorii, etc)? Care sunt planurile /scopurile de viitor referitor la educație, angajare?			
Activitatea (hobby-uri, în timpul liber)	Ce faci tu și prietenii tăi în timpul liber? (Cu cine, unde și când?) Ai un prieten /o prietenă "bun/ă" de încredere? Cât timp petreci în fața ecranelor/internet și cu ce scop?			
Alimentația	Câte mese pe zi servești în zilele obișnuite? Descrie ce ai mâncat ieri, de exemplu, în decursul zilei. Ce mănânci mai des?			
Droguri	Ai prieteni care fumează, consumă alcool sau alte droguri? Care este experiența ta cu fumatul, alcoolul, drogurile? Dacă ai încercat – când și în ce condiții? Dacă continui – cum îți apreciezi gradul de risc la moment?			
Sexualitatea	Când a fost prima ta experiență sexuală? A fost benevolă sau forțată? Sarcina a fost una planificată sau nu? A survenit sarcina în urma unui contact forțat? Ce vârstă are partenerul tău? Care este atitudinea lui față de sarcină? În ce măsură o susține, se implică partenerul?			
Siguranța	Cât de în siguranță te simți acasă? la școală /muncă? Dacă nu te simți în siguranță, din ce motiv?			
Suicid/Depresie	Cum te simți din punct de vedere emoțional? Ai probleme cu somnul? Ai poftă de mâncare? Îți pare că ți-ai pierdut interesul pentru lucrurile de care obișnuiai să te bucuri cu adevărat? Simți că petreci din ce în ce mai puțin timp cu prietenii? Te-ai gândit deseori la cum ar fi să te rănești pe tine sau pe altcineva? Te-ai gândit vreodată la sinucidere? Ai cumva planuri concrete de sinucid? (se poate aplica și scara de screening a depresiei)			

Anexa 2. Instrumente de evaluare a capacității de luare a deciziilor adolescenților referitor la propria sănătate (OMS, 2021)



Interpretare:

4a. rezultatele evaluării capacității de luare a deciziei se află în zona riscului scăzut (albastru) – adolescentul/a este capabilă să ia decizii autonome, necesită acceptare și suport în deciziile luate

4b: rezultatele evaluării capacității de luare a deciziei se află în zona riscului sporit (roșu) sau incert (mixt) – adolescentul/a este incapabil/ă sau insuficient capabil/ă să ia decizii autonome – necesită dezvoltarea capacității și implicarea persoanelor autorizate în luarea deciziilor vizavi de situație. (vezi anexa 2a.

Anexa 2a. Schema vizuală de sinteză comună a capacității de luare a deciziilor adolescenților referitor la propria sănătate (OMS, 2021)

Selectați nivelul potrivit:	Efect/risc ridicat	Efect/risc scăzut
Caracteristicile situației	Foarte invaziv	Deloc invaziv
Nivelul de vulnerabilitate în lumina deciziei care trebuie luată	Vulnerabilitate ridicată	Vulnerabilitate scăzută
Nivelul resurselor și punctelor forte	Scăzut	Ridicat
Elemente cheie ale capacității decizionale		
Abilitatea de a înțelege situația și opțiunile	Scăzută	Ridică
Abilitatea de a argumenta diferitele opțiuni	Scăzută	Ridică
Abilitatea de a aprecia relevanța opțiunilor pentru situația personală	Scăzută	Ridică
Abilitatea de a exprima liber o alegere și de a o argumenta în lumina discuției precedente	Scăzută	Ridică

Anexa 3. Planul de pregătire pentru naștere

Prestatorul oferă informații pentru a ajuta adolescenta și a pregăti un plan de naștere. În funcție de starea adolescentei și evoluția sarcinii la moment, precum și prezența /lipsa complicațiilor, prestatorul recomandă locul de naștere.

!!!LA FIECARE VIZITĂ LA MEDICUL DE FAMILIE/CSPT, PLANUL DE NAȘTERE ESTE DISCUTAT REPETAT ȘI REVĂZUT, LA NECESITATE.

Planul se poate schimba dacă apar complicații.

Cine va fi persoana de suport (numele, datele de contacte);

Cine este medicul de familie? Persoana de contact din CSPT? (numele, datele de contacte);

Pentru a planifica acțiunile în caz de o situație de urgență, se iau în considerare:

- Persoana pe care o contactează adolescenta (numele, telefonul)
- În ce caz adolescenta apelează 112? (semnele de urgență în sarcina și naștere)
- Unde poate merge adolescenta singură? _____ Cum poate ajungi acolo?
- Dacă adolescenta merge singură, de unde face rost de bani pentru transport?
- Cine va merge cu adolescenta la spital/policlinică/CSPT? _____
- Ce lucruri va lua adolescenta cu sine la spital? (actele, telefon, haine, produse igienice)
- Cine va ajuta adolescenta și va avea grijă de casa ei, și îi va îngriji alți copii (dacă îi are) în timp ce este plecată?

PLANIFICAREA NAȘTERII LA MATERNITATE

La ce maternitate va merge adolescenta pentru naștere? A vizitat adolescenta maternitatea unde va naște, pentru a face cunoștință?

Cum va ajunge adolescenta la maternitate?

- În ce caz adolescenta va apela 112?
- Dacă adolescenta merge singură la maternitate, cum va ajunge acolo? De unde adolescent va lua bani pentru transport?
- Ce lucruri va lua adolescenta cu sine la maternitate? (actele, telefon, haine, produse igienice, inclusiv pentru nou-născut)? Cât ele costă? Cum va plăti adolescenta pentru acestea? Poate adolescenta să economisească, să înceapă să economisească, pentru a acoperi cheltuielile?
- Cine va merge cu adolescenta și îi va oferi suport în timpul nașterii? Este foarte important ca persoana de sprijin să meargă cu ea la maternitate și să-l ofere suport emoțional în timpul nașterii!
- Cine va ajuta adolescenta și va avea grijă de casa ei, și îi va îngriji alți copii (dacă îi are) în timp ce este plecată la naștere?
- Dacă va fi nevoie de efectuat operația cezariană sau alte intervenții în travaliu, cine va da acordul? (adolescenta și numele, contactele reprezentantului legal, dacă este necesar)

De discutat/informat despre intervențiile medicale/non-medicale posibile în timpul nașterii:

- Cum poate fi redusă durerea prin metode nemedicamentoase și medicamentase (epidurală, analgezice)
- În ce cazuri poate fi necesară operația cezariană, vacuum extracția etc.
- În ce constă examinările obstetricale, profilaxia hemoragiilor obstetricale, contactul piele la piele / prima aplicare a nou-născutului

Este necesar de luat următoarele lucruri cu sine:

- Buletinul de identitate/pașaportul;
- Carnetul perinatal și orice alt act medical care confirmă starea adolescenței
- Telefonul, încărcătorul
- Scutecele; 1 set absorbante maxi sau câteva scutece pentru maturi; scutece – 1 set pentru nou-născut
- Hainele curate pentru mama-adolescentă și nou-născut.
- Un pachet de biscuiți/ covrigei și apă pentru adolescentă.
- Pieptene, periuță și pastă de dinți, săpun, prosop.

Anexa 4. Scala Edinburgh de Depresie Postnatală

Scala Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) este utilizată atât în cadrul cercetării, cât și practică. A fost tradusă în 50 de limbi, constă din 10 întrebări, sunt necesare până la 5 minute pentru a fi completată. Include simptome de anxietate, care sunt caracteristice tulburărilor de dispoziție perinatale, dar exclude simptomele constituționale ale depresiei, cum ar fi modificările tiparelor de somn, care pot fi frecvente în timpul sarcinii și în perioada post-partum. (https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/committee-opinion/articles/2018/11/screening-for-perinatal-depression?utm_source=redirect&utm_medium=web&utm_campaign=otn)

Instrucțiuni:

1. Respondenta este rugată să sublinieze răspunsul care este cel mai aproape de felul cum s-a simțit după naștere.
2. Trebuie să răspundă la toate cele 10 întrebări.
3. Nu trebuie să discute cu alte persoane cum să răspundă la întrebări.
4. Trebuie să răspundă la întrebări de sine stătător, chiar dacă are dificultăți în citirea și înțelegerea textului.

Am dor să cunoaștem cum V-ați simțit în ultima săptămână. Vă rog să alegeți răspunsul cel mai potrivit cu starea Dumneavoastră din ultima săptămână.

Răspunsurile sunt evaluate cu 0, 1, 2 și 3 în funcție de creșterea intensității/severității simptomului.

Întrebările marcate cu asterix sunt evaluate în ordine inversă (de ex. 3, 2, 1 și 0).

Scorul total este calculat prin adunarea scorurilor tuturor întrebărilor.

Nr	Întrebarea	Variantele de răspuns
1	Am fost în stare să râd și să văd partea bună a lucrurilor:	a. La fel de mult ca de obicei b. Mai puțin ca de obicei c. Evident mai puțin d. Deloc
2	M-am bucurat de toate întâmplările:	a. La fel de mult ca de obicei b. Mai puțin ca de obicei c. Evident mai puțin d. Deloc
3	M-am acuzat pe nedrept atunci când ceva mergea rău:	a. Da, aproape tot timpul b. Da, uneori c. Nu foarte des d. Niciodată
4	Am simțit anxietate și îngrijorare fără motive întemeiate:	a. Deloc b. Foarte rar c. Da, uneori d. Da, deseori
5	Am fost speriată sau panicată fără motive întemeiate:	a. Da, deseori b. Da, uneori c. Nu, rar d. Deloc
6	Lucrurile m-au depășit:	a. Da, practic tot timpul nu am fost în stare să le depășesc b. Da, uneori nu m-am descurcat la fel de bine ca înainte c. Nu, în majoritatea timpului m-am isprăvit bine d. Nu, m-am isprăvit bine ca întotdeauna
7	Am fost atât de nefericită, încât nu am putut să dorm:	a. Da, în majoritatea timpului b. Da, uneori

		c. Rareori d. Deloc
8	M-am simțit tristă și nefericită:	a. Da, în majoritatea timpului b. Da, uneori c. Rareori d. Deloc
9	M-am simțit atât de nefericită, încât am plâns:	a. Da, în majoritatea timpului b. Da, deseori c. Doar ocazional d. Deloc
10	Am avut gânduri să-mi fac rău mie:	a. Da, deseori b. Da, uneori c. Foarte rar d. Niciodată

Calculează scorul:

Întrebările 1, 2 și 4:

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3

Întrebările 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10:

- a. 3
- b. 2
- c. 1
- d. 0

Scorul maxim este de 30, iar un scor peste 10 sugerează o posibilă depresie; un scor peste 13 sugerează o depresie de severitate de la moderată spre severă. Evaluatorul este invitat să se uite totdeauna la întrebarea nr. 10 despre gândurile suicidare pentru a determina din timp un posibil risc. Studiile de validitate arată că scala identifică corect 92% dintre femeile care suferă de depresie post-partum. Scala reușește să determine cazurile cu tulburări anxioase, fobice sau de personalitate. Scala EPDS s-a dovedit un instrument robust pentru decelarea femeilor cu risc de depresie post-partum și este folosită pe larg în screening. Are o bună sensibilitate (86%), specificitate (78%) și valoare predictivă (73%).

„Dacă scorul obținut este ≥ 10 – posibil depresie ușoară

Scor ≥ 13 – posibil depresie moderată

Scor ≥ 15 – posibil depresie severă

Dacă la întrebarea 10 răspunsul este: a, b sau c – atunci indiferent ce scor a fost acumulat, este nevoie de ajutor medical specializat. Este necesar de adresat la un psiholog sau psihoterapeut.

Anexa 5. Programul de educație antenatală a mamelor adolescente și persoanelor de suport

Scopul programului

Sporirea adaptării adolescentelor gravide pentru sarcină, formarea comportamentelor de sănătate, reducerea factorilor de risc la nivel personal și familial pentru complicațiile ce se referă la sarcinile la adolescente, precum și o integrare socială mai bună după naștere.

Obiectivele programului:

Adolescentele însărcinate /mamele adolescente și persoanele de suport, vor acumula următoarele competențe:

1. Înțelegerea schimbărilor fizice și emoționale în decursul sarcinii, nașterii și perioadei postnatale
2. Adoptarea unui regim de alimentație sănătos
3. Evitarea fumatului activ și pasiv, utilizării alcoolului și altor substanțe
4. Elaborarea planului de pregătire pentru naștere și completarea zilnicului de evoluție a sarcinii
5. Identificarea corectă a semnelor de pericol în sarcină, naștere și perioada postnatală
6. Posibilitatea de a-și recunoaște emoțiile și necesitatea de asistență psiho-socială
7. Înțelegerea modalității de derulare a nașterii și posibilitatea de a stabili când trebuie să meargă la maternitate
8. Învățarea diferitelor poziții active de travaliu și a tehnicilor nemedicamentoase de cupare a durerii în timpul travaliului (masaj, respirație etc.)
9. Aplicarea corectă a nou-născutului la piept și menținerea procesului de lactație
10. Îngrijirea corectă a nou-născutului
11. Utilizarea metodelor de contracepție eficiente după naștere.

Programul include 4 sesiuni de informare, pentru adaptarea mai bună a mamelor adolescentelor, recomandat de Ghidurile actuale de asistență perinatală

Sesiunile vor decurge în formă mixtă:

- **partea teoretică** – lecții video, tip podcast cu specialiști din domeniul SSR (medici obstetricieni-ginecologi, moașe, neonatologi, consilieri în alăptare, psihologi) - baza teoretică pentru răspunsurile specialiștilor în anexa la program
- **partea practică** – deprinderi practice de autoîngrijire și îngrijirea /alăptarea nou-născutului – cu prezență fizică.

Conținutul sesiunilor (întrebările discutate)

în cadrul programului de educație antenatală a mamelor adolescente

PRIMA SESIUNE – Adaptarea la modificările din sarcină (la stabilire la evidență)

1. Care sunt particularitățile principale ale decurgerii unei sarcini în adolescență?
2. Cum se schimbă corpul unei femei în sarcină? Ce schimbări particulare sunt la adolescente?
3. Cum se schimbă emoțiile unei femei în sarcină, ce emoții noi pot apărea? Ce poate fi diferit la adolescente? Cum pot să se schimbe emoțiile partenerilor?
4. Ce înseamnă alimentația sănătoasă în timpul sarcinii? Trebuie oare adolescentele gravide să se alimenteze diferit? Care este rolul suplimentelor – Fe, Iod etc? Sunt necesare dietele în sarcină? Disturbatorii endocrini din alimentație.
5. Care este regimul de somn și odihnă în sarcină? Care sunt diferențele la adolescente?
6. Ce facem cu alcoolul, fumatul, drogurile în sarcină?
7. Cum se utilizează gadget-urile (securitatea on-line) în sarcină?

8. Care este rolul persoanei de suport în sarcină?
9. Ce legi trebuie să cunoască adolescenta însărcinată?
10. În ce constă asistența antenatală, dacă este bine de adresat la medic cât mai devreme? Cât de frecvent trebuie de mers la consult la medic?
11. Care sunt semnele când trebuie de apelat de urgență la medic? Cum se elaborează planul propriu (individual) de naștere?
12. Care sunt particularitățile activității fizice în sarcină? Care sunt tehnicile de relaxare în sarcină?
13. Se pot practica relațiile sexuale în sarcină?
14. Cum este stabilită relația în cuplu și comunicarea cu fătul?

A DOUA SESIUNE – Pregătirea pentru naștere (TRIMESTRU II sau III)

1. Cum decurge o naștere fiziologică? Care sunt etapele nașterii și cât durează? Când se consideră că nașterea a luat sfârșit? Care sunt particularitățile decurgerii nașterii la adolescente?
2. Când trebuie de mers la maternitate? (semnele începutului nașterii)
3. Cum se pregătește o adolescentă pentru naștere? Ce înseamnă un plan de pregătire pentru naștere? Ce trebuie să ia gravida la maternitate?
4. Care sunt stările de urgență în naștere? De ce trebuie să cunoască adolescenta gravidă despre stările de urgență în naștere?
5. Care sunt metodele de reducere (jugulare) a durerii în naștere? Care sunt metodele medicamentoase și nemedicamentoase? Ce este anestezia epidurală? Care sunt tehnicile de respirație, masaj, presopunctură pentru reducerea durerilor în naștere?
6. Ce poate face persoana de suport în naștere?
7. Când se face operația cezariană?
8. La ce ajută alegerea pozițiilor active în naștere?
9. Care este rolul contactului „piele la piele” și aplicării timpurii la piept a nou-născutului?
10. Ce este scorul Apgar?
11. Cum depășim frica de naștere?

A TREIA SESIUNE – Alăptarea și îngrijirea nou-născutului, contracepția postnatală (trimestrul III)

1. Care sunt avantajele alăptării la sân?
2. Cum se aplică corect copilașul la piept? Cum ne dăm seama că copilașul sughe bine?
3. Cât de des se aplică copilașul la piept?
4. Cum se previne lactostaza? Ce trebuie de făcut ca pieptul să nu se întărească și ce trebuie de făcut dacă s-a întărit?
5. Cum tânără mămică are grijă de igiena corpului său (glandele mare, organele genitale, corpului în general)?
6. Când se face prima băița a nou-născutului și cum?
7. Cum trebuie îngrijit bondul ombilical?
8. Când pot reîncepe contactele sexuale după naștere, în siguranță?
9. Ce este contracepția postnatală? Care metode sunt sigure după naștere? Care este rolul amenoreei de lactație?
10. Care sunt tehnicile de relaxare a mamei după naștere?

A PATRA SESIUNE – Îngrijirea sugarului, autoîngrijirea, contracepția, integrarea socială (perioada postnatală tardivă)

1. Cum este necesar de comunicat cu nou-născutul și cum organizăm regimul zilei pentru nou-născut?
2. Cum se organizează acasă spațiul pentru nou-născut?
3. Cum se îngrijește sugarul? Care este rolul vaccinurilor? De ce este important sa fie vaccinat copilul?
4. Care sunt stările de urgență a mamei și a copilului și ce este necesar de făcut?
5. Care sunt schimbările emoționale ale mamei după naștere și care sunt semnele de alarmă? Ce înseamnă depresia postnatală?
6. Care este regimul de activitate și odihnă a mamei după naștere?
7. Care sunt particularitățile alimentației mamei după naștere?
8. Care este rolul persoanelor de suport? Cum se repartizează sarcinile pentru ei?
9. Care metode contraceptive sunt sigure pentru mamele adolescente?
10. Cum sa-și refacă silueta mamele tinere după naștere?
11. Care sunt serviciile de suport pentru mamele tinere?
12. Cât timp este bine să dureze alăptarea și cum decurge înțărcatul?

Anexa 6. Tabelul. Integrarea măsurilor de asistență antenatală specifice mamelor adolescente în Standardul de supraveghere a gravidelor adolescente cu evoluție fiziologică a sarcinii în condiții de ambulator

Denumirea intervenției		I vizită la luarea în evidență (până la 12 saptamâni de sarcină)	II vizită 16 săptămâni sarcină	III vizită 20 săptămâni sarcină	IV vizită 26 săptămâni sarcină	V vizită 30 săptămâni sarcină	VI vizită 34 săptămâni sarcină	VII vizită 36 săptămâni sarcină	VIII vizită 38 săptămâni sarcină	IX vizită 40 săptămâni sarcină
I. Vizite și consultații a femeii gravide										
1.	Consultația medicului de familie	+	+	+	+	+	+	+	+	+
2.	Consultația echipei multidisciplinare (medic ginecolog, psiholog, asistent social) a CSPT/YK	+		+		+		+		
3.	Consultația medicului obstetrician-ginecolog	+ (după 12 saptamani) +				+		+		+
4.	Vizita asistentului medical la domiciliu cu asitentul social din comunitate sau CSPT/YK și persoana matură de suport							+		
5.	Examenul clinic	+	+	+	+	+	+	+	+	+
6.	Măsurarea masei corporale și a taliei (indicele masei corporale/ IMC, cu notificarea rezultatelor în gravidogramă)	+	La gravidele cu IMC mic <19	La gravidele cu IMC mic <19	La gravidele cu IMC mic <19	La gravidele cu IMC mic <19	La gravidele cu IMC mic <19	La gravidele cu IMC mic <19	La gravidele cu IMC mic <19	
7.	Măsurarea tensiunii arteriale** cu înscrierea datelor în gravidogramă	+	+	+	+	+	+	+	+	+
8.	Măsurarea înălțimii fundului uterin cu înscrierea datelor în gravidogramă				+	+	+	+	+	+
9.	Auscultarea bătăilor cordului fetal (BCF)				+	+	+	+	+	+
10.	Aprecierea poziției fătului și stabilirea părții prezentate și atitudinea ei către intrarea în bazinul mic							+	+	+
11.	Determinarea apartenenței de grup sanguin după sistemul ABO și	+			+					

	antigenul D in sistemul Rhesus				(26-28 săptămâni)					
12.	Detectare anticorp (i) antieritrocitar(i) incomplet(ți)(imuni)	+								
13.	Hemograma	+			+					
14.	Test AND (PCR) pu Chlamidya trachomatis, gonorrhoea, trihomoniaza	+			+					
15.	Observarea semnelor ITS și testarea și tratare pentru ITS în cazul prezenței simptomelor ITS, la orice vizită.	+	+	+	+	+	+	+	+	+
16.	Glucoza în sânge	+			Testul oral de toleranță la glucoză cu 75 gr./la 24-28 săptămâni					
17.	Examenul bacteriologic al urinei (urocultura)***	+								
18.	Urograma	+			+			+		
19.	Determinarea proteinei în urină			+		+	+	+	+	+
20.	HbsAg la gravide nevaccinate	+								
21.	Reacția de microprecipitare (RMP)/sau test rapid la sifilis	+			+					
22.	Testarea la markeri a virusului HIV	+			+					
23.	Testare partenerului la ITS, test rapid HIV/SIFILIS, frotiu urogenital, test AND (PCR) la Clamidia Trachomatis)	+			+					
24.	Ultrasonografia (USG)	11-14 săptămâni (după 14 saptamani) *		+	(cu determinarea lungimii colului uterin)			+	(cu determinarea lungimii colului uterin)	
25.	Dublu test	+								
26.	Triplu test		+							
27.	Date despre starea sănătății partenerului/soțului	+								

II. Măsuri profilactice și consiliere în nutriție

28.	Administrarea acidului folic	Pe parcursul întregii sarcini - 1 mg (1000 mcg), o dată la două zile							
29.	Administrarea preparatelor de Fier	Pe parcursul întregii sarcini - 100 mg de fier elementar pe zi							
30.	Adminstrirare Vit. D3	Pe parcursul întregii sarcini 1000 UI/zi sau 4000 UI/zi (în caz de supraponderare, test oral de toleranță la glucoză pozitiv, infecții, boli cronice, hipertensiune, restricție de creștere fetală)							
31.	Informare privitor la pregătirea psihoemoțională a gravidei²	+			+	+	+	+	+
32.	Screening pentru depresie prenatală (scara Edinburg)	+							
33.	Informare și recomandări privitor la: igienă, modul de viață, comportamentul sexual, activitatea fizică, semnele de pericol, beneficiile alăptării etc.	+	+	+	+	+	+	+	+
34.	Consiliere referitor la alimentația sănătoasă, sistarea/reducerea consumului de tutun și alcool, altor substanțe în timpul sarcinii	+	+	+	+	+	+	+	+
35.	Consiliere despre importanța utilizării sării iodate și a produselor bogate în Iod în sarcină	+	+	+	+	+	+	+	+
36.	Consiliere privind sarcina prelungată, cu referire la termenul de 41 săptămâni pentru spitalizare (controlul spitalizării)								+
37.	Consiliere în nutriție	+	+	+	+	+	+	+	+
III. Evaluarea riscului și alte măsuri									
38.	Evaluarea profului și gradului de risc**** Evaluarea factorilor de risc psiho-sociali (conform MEADS) și evaluarea capacității adolescentei de a lua decizia (de către echipa multidisciplinară a CSPT/YK/medicul de familie	+	+	+	+	+	+	+	+
39.	Identificarea unei persoane adulte de support și implicarea acesteia în cadrul asistenței perinatale	+	+	+	+	+	+	+	+
40.	Oferirea suportului emoțional, comunicarea în mod respectuos, cu un ton amabil, empatic, într-un limbaj accesibil, cu explicarea necesității efectuării fiecărei examinări, manopere și/sau intervenții (oferirea	+	+	+	+	+	+	+	+

	răspunsului la întrebările survenite etc.)									
41.	Elaborarea planului de pregătire pentru naștere și actualizarea lui pe parcurs	+				+	+	+	+	+
42.	Încurajarea completării de către gravida adolescență a zilnicului sarcinii (starea generală, emoțiile, mișcările fătului, starea uterului, senzații noi, simptome noi de boală dacă există etc.) și discutarea conținutului	+	+	+	+	+	+	+	+	+
43.	Oferirea consilierii psihologice și asistenței sociale - adaptarea pentru sarcină, loc de trai, condiții de trai, continuarea studiilor (psihologul, asistentul social CSPT/YK)	+		+		+		+		
44.	Identificare, asistență, documentare, raportare, referire a cazurilor de violență	+	+	+	+	+	+	+	+	+
45.	Eliberarea certificatului de concediu medical pentru concediul de maternitate					+				
46.	Interpretarea rezultatelor investigațiilor(de laborator, instrumentale)	+	+	+	+	+	+	+	+	+

Anexa 7. Tabelul. Masurile-cheie de asistență în maternitate a gravidelor /mamelor adolescente

Denumirea intervenției	Sala de naștere	Secția de lăuzie
Prevenirea traumatismului obstetrical:		
Supravegherea progresului travaliului și susținerea comportamentului activ (respirația, selectarea poziției, mișcarea)	+	
Evitarea amniotomiei precoce pentru prevenirea nașterii rapide	+	
Analgezia adecvată a travaliului (prin administrarea de spasmolitice și preferabil anestezie epidurală)	+	
Detectarea la timp a semnelor de travaliu prelungit și obstrucționat, și acordarea asistenței obstetricale de urgență corespunzătoare (operația cezariană, vacuum extracția fătului etc.)	+	
Prevenirea traumatismului psiho-emoțional, depresiei post-natale		
Însoțirea obligatorie a adolescentei de către persoana adultă de suport, inclusiv în perioada crizelor/dezastrelor medicale și/sau sociale		
Oferirea suportului emoțional pe parcursul travaliului și comunicarea în mod respectuos, cu un ton amabil, empatic, într-un limbaj accesibil, cu explicarea necesității efectuării fiecărei examinări, manopere și/sau intervenții (informarea parturientei despre situația la moment și oferirea răspunsului la întrebările survenite, ce și cu ce scop se efectuează anumite acțiuni)	+	+
Contactul piele la piele la naștere (cu acordul primit, nu trebuie de insistat când este decizia de a da copilul în adopție)	+	
Implicarea adolescentelor de toate vârstele (în funcție de capacitatea lor de autonomie) în luarea deciziilor referitor la conduita travaliului, perioada de lăuzie	+	+
Evaluarea riscului de DP (aplicarea testului Edingurg) și corecția psiho-terapeutică corespunzătoare		+
Referirea mamei adolescente pentru suport psiho-social la CSPT/YK; la centrele maternale, serviciul asistență parentală profesionistă, la necesitate, după externare din maternitate		+
Reducerea riscului de preeclampsie și /sau eclampsie		
Evaluarea minuțioasă a valorilor TA și aplicarea la necesitate a Protocolului Clinic Național „Stările hipertensive	+	+
Prevenirea lipsei sau întreruperii rapide a alăptării și prevenirea dereglărilor de nutriție la mamă și la nou-născut		
Educarea în alăptarea, motivare și susținerea în alăptarea exclusivă ((cu excepția contraindicațiilor medicale sau sociale– de ex: infecția HIV sau decizia de a da copilul spre adopție)	+	+
	Aplicarea nou-născutului la piept în primele 30 min după naștere	
Consilierea nutrițională (II-2A) și recomandarea de a continua suplimentarea cu fier (II-2A), iod, vitamina D în timpul alăptării; Consiliere despre importanța utilizării sării iodate și a produselor bogate în iod pe parcursul alăptării (IIA)	+	+
Prevenirea și/sau reducerea riscurilor complicațiilor puerperal-septice		
Observarea riguroasă a apariției semnelor infecțiilor puerperale și urograma; inclusiv urocultura la necesitate		+
Antibioticoprofilaxie și/sau tratament antibacterian timp de 5 zile, în toate cazurile de operație cezariană, în prezența semnelor de infecție urogenitală, inclusiv a vaginozei bacteriene		+
Consilierea mamei adolescente referitor la igiena corectă	+	+
Consiliere contraceptivă, cu promovarea metodelor de contracepție, în special utilizarea prezervativului în caz de ITS la unul dintre parteneri, informarea despre rolul amenoreei de lactație	+	+
Inserarea dispozitivului intrauterin și oferirea produselor de contracepție (la posibilitate)	Inserarea DIU, a implantului la necesitate/posibilitate	+
Prevenirea infecțiilor imuno dirijabile la nou-născut		
Informarea și educarea despre importanța vaccinării nou-născutului		+
Efectuarea vaccinărilor necesare nou-născutului		+

Anexa 8. Tabelul. Măsurile-cheie de supraveghere a mamei adolescente în perioada de lăuzie tardivă (în condiții de ambulator/domiciliu)

Denumirea intervenției	Primele 4 zile după maternitate	4-6 săptămâni de lăuzie
Vizite și consultații a Mamei adolescente		
Vizita la domiciliu postnatală a asistentul medical de familie cu asistentul social de la locul de trai/ sau de la YK, în primele zile după externarea din maternitate, pentru evaluarea condițiilor de îngrijire și igienă, referirea pentru suport psiho-social	+	
Consultația medicului de familie	+	+
Consultația echipei multidisciplinare (medic ginecolog, psiholog, asistent social) a CSPT/YK	+	+
Prevenirea și/sau reducerea riscurilor complicațiilor puerperal-septice		
Consilierea mamei adolescente referitor la igiena corectă în perioada postnatală	+(în timpul vizitei la domiciliu)	+
Educarea mamei adolescente despre semnele de pericol (febră, dureri, hemoragie) și apelarea precoce la asistența medicală în cazul survenirii lor;	+(în timpul vizitei la domiciliu)	+
Testarea și tratare pentru ITS (inclusiv gardnerela, candida, micoplasma, ureaplasma, herpes genital etc.) în cazul prezenței simptomelor specifice diferitor ITS, la orice vizită. În situațiile în care tratamentul bazat pe rezultatele testelor moleculare nu este fezabil sau care au teste moleculare nu sunt disponibile sau nu au fost efectuate, se indică un tratament bazat pe testarea cu teste rapide la punctul de îngrijire de calitate sau pe tratament sindromal.		
Prevenirea traumatismului psiho-emoțional, depresiei post-natale		
Implicarea adolescentelor de toate vârstele (în funcție de capacitatea lor de autonomie) în luarea deciziilor referitor la conduita în perioada postnatală	+	+
Evaluarea riscului de DP (aplicarea testului Edingurg) și corecția psiho-terapeutică corespunzătoare	+ (dacă nu sunt rezultatele din maternitate)	+
Referirea mamei adolescente pentru suport psiho-social la CSPT/YK; CCSM la centrele maternale, la necesitate		+
Prevenirea dereglărilor de nutriție la mamă și la nou-născut		
Oferirea suportului pentru a dezvolta și aplica abilitățile de alăptare, și îngrijirea nou-născutului	+	+
Consilierea nutrițională (II-2A) și recomandarea de a continua suplimentarea cu fier (II-2A), vitamina D pe parcursul alăptării; Consiliere despre importanța utilizării sării iodate și a produselor bogate în iod pe parcursul alăptării (IIA)	+	
Prevenirea unei sarcini nedorite		
Consiliere contraceptivă, cu promovarea metodelor de contracepție (III-B), în special utilizarea prezervativului în caz de ITS la unul dintre parteneri (III-A), informarea despre rolul amenoreei de lactație	+	+
Inserarea dispozitivului intrauterin și oferirea produselor de contracepție (la posibilitate)		+
Prevenirea infecțiilor imuno dirijabile la nou-născut		
Informarea și educarea despre importanța vaccinării nou-născutului		+
Efectuarea vaccinărilor necesare nou-născutului		+
Prevenirea violenței		
Identificare, asistență, documentare, raportare, referire a cazurilor de violență	+	+

**Anexa 9. FIȘA STANDARDIZATĂ DE AUDIT MEDICAL BAZAT PE CRITERII DIN PROTOCOL
pentru conduita integrată a sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente**

Domeniu/cerință		Criterii (măsuri)						
Date generale								
1.	Denumirea IMSP evaluate prin audit De asistentă antenatală De asistentă la naștere De asistentă post-natală							
2.	Responsabili de completarea fișei	nume, prenume, telefon de contact _____						
3.	Numărul fișei medicale- -de asistentă antenatală (f. din CSPT/YK (f. -de asistentă la naștere (f. -de evidență ambulatorie (f.							
4.	Ziua, luna, anul de naștere a pacientei	ZZ-LL-AAAA; necunoscut = 9						
5.	Mediul de reședință	urban = 0; rural = 1						
6.	Locul primei vizite	1) La medicul de familie 2) Specialiștii CSPT 3) Asistentul medical/ medicul ginecolog din secția consultativă sau spital /maternitate 4) Specialiști din secțiile de asistență medicală urgentă 5) Alte						
I. Asistența antenatală la adolescente pentru reducerea riscurilor medicale și psiho-sociale					da	nu	necunoscut	nu a fost necesar
7.	Prevenirea anemiei și malnutriției la mamă și la făt	1) Consiliere despre alimentația sănătoasă; 2) Monitorizarea IMC; 3) Referire către serviciul social (la necesitate); 4) Suplinirea Fier; 5) Consiliere despre importanța utilizării sării iodate și a produselor bogate în iod						
8.	Reducerea complicațiilor puerperal-septice	1) Test AND (PCR) pu Chlamydia trachomatis, gonorrhea, trihomoniază - la prima vizită și la 26-28 s.a. 2) Test rapid la sifilis și HIV - la prima vizită și la 26-28 s.a. 3) Urograma - la prima vizită și la 26-28 s.a., 36 s.a. 4) Examenul bacteriologic al urinei (urocultura) - la prima vizită 5) HbsAg la gravide nevaccinate - la prima vizită 6) screening-ul, diagnosticul și tratamentul partenerului la ITS - la prima vizită și la 26-28 s.a., 36 s.a.						
9.	Prevenirea și/sau tratamentul stărilor hipertensive esențiale	1) Evaluarea TA și Ps – la fiecare vizită 2) Proteinuria – la 20,30,36,38,40 săptămâni 3) Conduita conform Protocolului clinic național <i>Stările hipertensive în sarcină</i> 4) Administrarea Vit. D3 - 1000 UI /zi sau sau 4000 UI/zi (în caz de supraponderare, TOTG pozitiv, infecții, boli cronice, hipertensiune, RCF)						
10.	Prevenirea restricției de creștere fetală	1) Consiliere privind alimentația sănătoasă, sistarea /reducerea consumului de tutun și alcool, altor substanțe în timpul sarcinii						

		2) Reevaluarea VG până la 13 s.a.+ 6 zile, reevaluarea VG la a 18-20 s.a.; evaluarea înălțimii fundului uterin în funcție de VG, conform gravidogramei 3) USG 32-34 s.a. la prezența semnelor clinice				
11.	Prevenirea malformațiilor fetale	1) Ac. folic 1 mg (1000 mcg), o dată la două zile, începând cu momentul luării la evidență la medicul de familie și pe tot parcursul 2) Detectarea și tratarea cât mai precoce a ITS și altor focare de infecții 3) Dublu test la 11-13 s.a.+ 6 zile., Triplu test la 15-20 s.a.+ 6 zile., amniocenteza la necesitate				
12.	Prevenirea nașterii premature și a complicațiilor acesteia	1) Detectarea și tratarea cât mai precoce a ITS și altor focare de infecții 2) Elaborarea și actualizarea la fiecare vizită a planului de pregătire pentru naștere 3) Încurajarea completării de către gravida adolescentă a zilnicului/jurnalului sarcinii (starea generală, emoțiile, mișcările fătului, starea uterului, simptome noi de boală dacă există etc.) și discutarea conținutului				
13.	Prevenirea traumatismului emoțional și a depresiei perinatale (DP)	1) Evaluarea și consilierea psihologică din prima vizită (inclusiv screening pentru DP) și pe parcurs la necesitate, cu identificarea stărilor de dereglări posttraumatice și DP, psihoterapie 2) Suport social pe parcursul sarcinii, loc de trai, condiții de trai, continuarea studiilor 3) Oferirea suportului emoțional, comunicarea în mod respectuos, cu un ton amabil, empatic, într-un limbaj accesibil, cu explicarea necesității efectuării fiecărei examinări, manopere și/sau intervenții (oferirea răspunsului la întrebările survenite etc.)				
14.	Prevenirea violenței	1) Evaluarea contextului psiho-social, inclusiv ce ține de siguranță la prima vizită și pe parcursul sarcinii 2) Acordarea asistenței de primă linie în toate cazurile de abuz/violență identificate; 3) Acordare/referire pentru asistență medicală și psihologică, la necesitate 4) Documentarea și raportarea cazului în corespundere cu prevederile cadrului normativ din domeniu 5) Referire la necesitate la expertiza medico-legală, serviciile sociale/de plasare temporară, juridice etc.				
II. Conduita integrată a nașterii la adolescente			da	nu	necunoscut	nu a fost necesar
15.	Prevenirea traumatismului obstetrical	1) Supravegherea progresului travaliului și susținerea comportamentului activ (respirația, selectarea poziției, mișcarea) 2) Evitarea amniotomiei precoce pentru prevenirea nașterii rapide; 3) Analgezia adecvată a travaliului 4) Detectarea la timp a semnelor de travaliu prelungit și obstrucționat 5) Acordarea asistenței obstetricale de urgență corespunzătoare (operația cezariană, vacuum extracția)				
16.	Prevenirea traumatismului psiho-emoțional	1) însoțirea adolescentei de către persoana adultă de suport 2) Oferirea suportului emoțional pe parcursul travaliului și comunicarea respectuoasă/prietenosă 3) Implicarea adolescentelor de toate vârstele (în funcție de capacitatea lor de autonomie) în luarea deciziilor referitor la conduita travaliului				

		4) Contactul piele la piele la naștere				
17.	Reducerea riscului de preeclampsie și /sau eclampsie	1) Evaluarea minuțioasă a valorilor TA 2) Aplicarea la necesitate a PCN <i>Stările hipertensive în sarcină</i>				
18.	Prevenirea lipsei sau întreruperii rapide a alăptării	1) Aplicarea nou-născutului la piept în primele 30 min după naștere (cu excepția indicațiilor medicale – de ex: infecția HIV sau decizia de a da copilul spre adopție)				
III. Conduita integrată a perioadei post-partum la mamele adolescente (precoce – în maternitate)			da	nu	necunoșcut	nu a fost necesar
19.	Prevenirea și/sau reducerea riscurilor complicațiilor puerperal-septice	1) Urograma 2) Urocultura la necesitate (prezența factorilor de risc inflamator și/sau infecțios în perioada antenatală) 3) Antibioticoprofilaxie și/sau tratament antibacterian timp de 5 zile, în toate cazurile de operație cezariană, în prezența semnelor de infecție urogenitală 4) Consilierea mamei adolescente referitor la igiena corectă				
20.	Prevenirea dereglărilor de nutriție la mamă și la nou-născut	1) Oferirea suportului pentru a dezvolta și aplica abilitățile de alăptare și îngrijire a nou-născutului; 2) Consilierea nutrițională și recomandarea de a continua suplimentarea cu fier Vit. D pe perioada alăptării 3) Consiliere despre importanța utilizării sării iodate și a produselor bogate în iod pe perioada alăptării				
21.	Prevenirea traumatismului psiho-emoțional și sporirea integrării sociale a mamei adolescente	1) Oferirea suportului emoțional și comunicare respectuoasă/prietenosă, cu explicarea necesității efectuării ficărei examinări, manopere 2) Evaluarea riscului de DP și corecția psiho-terapeutică la necesitate 3) Implicarea adolescentelor de toate vârstele (în funcție de capacitatea lor de autonomie) în luarea deciziilor referitor la conduita în perioada postnatală 4) Referirea mamei adolescente pentru suport psiho-social la CSPT/YK; la centrele maternale, serviciul asistență parentală profesionistă, la necesitate, după externare din maternitate				
22.	Prevenirea unei sarcini nedorite	1) Consiliere contraceptivă, cu promovarea metodelor de contracepție 2) Informarea despre rolul amenoreei de lactație; 3) Inserarea dispozitivului intrauterin/sau a implantului și oferirea produselor de contracepție (la posibilitate)				
23.	Prevenirea infecțiilor imuno dirijabile la nou-născut	1) Informarea despre importanța vaccinării nou-născutului 2) Efectuarea vaccinărilor necesare nou-născutului				
IV. Conduita postpartum tardivă (la domiciliu) la mamele adolescente pentru reducerea riscurilor medicale și psiho-sociale.			da	nu	necunoșcut	nu a fost necesar
24.	Prevenirea și/sau reducerea riscurilor complicațiilor puerperal-septice	1) Consilierea mamei adolescente referitor la igiena corectă în perioada postnatală 2) Educarea mamei adolescente despre semnele de pericol (febră, dureri, hemoragie) și apelarea precoce la asistența medicală în cazul survenirii lor 3) Testarea și/sau tratare pentru ITS în cazul prezenței simptomelor specifice diferitor ITS. 4) Vizita la domiciliu postnatală a asistentul medical de familie cu asistentul social de la locul de trai/YK, în primele zile după externarea din maternitate, pentru evaluarea condițiilor de îngrijire și igienă 5) Referirea (la necesitate) pentru suport psiho-social				

25.	Prevenirea dereglărilor de nutriție la mamă și la nou-născut	<ol style="list-style-type: none"> 1) Oferirea suportului pentru a dezvolta și aplica abilitățile de alăptare și îngrijirea nou- născutului 2) Suplinirea cu microelemente și vitamine - Fe, Ac. folic, vit D3 pe perioada alăptării 3) Consiliere despre importanța utilizării sării iodate și a produselor bogate în iod în perioada alăptării 				
26.	Prevenirea traumatismului psiho-emoțional și sporirea integrării sociale a mamei adolescente	<ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluarea riscului de depresie postnatală 2) Corecția psihoterapeutică corespunzătoare; 3) Implicarea adolescentelor de toate vârstele (în funcție de capacitatea lor de autonomie) în luarea deciziilor referitor la conduita în perioada postnatală 4) Referirea mamei adolescente pentru suport psiho-social, la centrele maternale la necesitate, după externarea din maternitate 				
27.	Prevenirea unei sarcini nedorite	<ol style="list-style-type: none"> 1) Consiliere contraceptivă, cu promovarea metodelor de contracepție 2) Informarea despre rolul amenoreei de lactație 3) Inserarea/injectarea/oferirea produselor de contracepție (medicul de familie sau CSPT/YK) 				
28.	Prevenirea infecțiilor imuno-dirijabile la nou-născut	<ol style="list-style-type: none"> 1) Informarea despre importanța vaccinării sugarului 2) Efectuarea vaccinărilor necesare sugarului 				
29.	Prevenirea violenței	<ol style="list-style-type: none"> 1) Evaluarea contextului psiho-social, inclusiv ce ține de siguranță la prima vizită și pe parcursul sarcinii 2) Acordarea asistenței de primă linie în toate cazurile de abuz/violență identificate; 3) Acordare/referire pentru asistență medicală și psihologică, la necesitate 4) Documentarea și raportarea cazului în corespundere cu prevederile cadrului normativ din domeniu 5) Referire la necesitate la expertiza medico-legală, serviciile sociale/de plasare temporară, juridice etc. 				

Anexa 10.

Clasificarea puterii științifice a gradelor de recomandare

Gradul	Cerințe	Corespondere
Grad A	Necesită cel puțin un studiu randomizat și controlat ca parte a unei liste de studii de calitate, publicate la tema acestei recomandări.	Nivel de dovezi Ia sau Ib
Grad B	Necesită existența unor studii clinice bine controlate, dar nu randomizate, publicate la tema acestei recomandări.	Nivel de dovezi IIa, IIb sau III
Grad C	Necesită dovezi obținute din rapoarte sau din opinii ale unor comitete de experți, sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți ca autoritate în domeniu. Indică lipsa unor studii clinice de bună calitate aplicabile direct acestei recomandări.	Nivel de dovezi IV
Grad E	Recomandări de bună practică, bazate pe experiența clinică a grupului tehnic de elaborare a acestui ghid.	-

Clasificarea nivelelor de dovezi

Nivel de dovezi	Cerințe pentru corespundere
Nivel Ia	Dovezi obținute din metaanaliza unor studii randomizate și controlate.
Nivel Ib	Dovezi obținute din cel puțin un studiu randomizat și controlat, bine conceput.
Nivel IIa	Dovezi obținute din cel puțin un studiu clinic controlat, fără randomizare, bine conceput.
Nivel IIb	Dovezi obținute din cel puțin un studiu cvasi experimental bine conceput, preferabil de la mai multe centre sau echipe de cercetare.
Nivel III	Dovezi obținute din studii descriptive, bine concepute.
Nivel IV	Dovezi obținute de la comitete de experți sau din experiența clinică a unor experți recunoscuți.

BIBLIOGRAFIE

1. American College of Obstetrics and Gynecology. Screening for perinatal depression: committee opinion 757. 2018. www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Screening-for-Perinatal-Depression
2. Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile Copilului din Moldova (CIDDC), Organizația Suedeză „Salvați Copiii” și Fundația Pestalozzi. Raportul copiilor din Moldova pentru Comitetul ONU privind Drepturile Copilului 2016. 2017, https://drepturilecopilului.md/files/Raport_DC_ONU_FINAL_for%20WEB.pdf
3. Cernetchi O., Jubîrcă S., Iliadi-Tulbure C. Influența vârstei ginecologice asupra dezvoltării complicațiilor materno-fetale la adolescentele gravide. Buletinul Academiei de Științe a Moldovei. Științe Medicale. pp.291-296. 2017, http://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/2521/1/Influenta_varstei_ginecologice_asupra_dezvoltarii_complicatiilor_materno_fetale_la_adolescentele_gravide.pdf
4. Chandra-Mouli V., Camacho A.V., Michaud P.A. WHO Guidelines on Preventing Early Pregnancy and Poor Reproductive Outcomes Among Adolescents in Developing Countries. Journal of Adolescent Health 52, pp. 517e522, 2013
5. Convenția Națiunilor Unite cu privire la drepturile copilului. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=115568&lang=ro
6. Dorogoi V. Screeningul, profilaxia și tratamentul hipotiroidismului în sarcină. 2007. <http://www.cnaa.md/thesis/5524/>
7. Gagauz O. Sarcina în vârsta adolescenței. Chișinău 2015, http://ccd.ucoz.com/Id/0/42_MAKETA_sARCINA_.pdf
8. Gorceag E., Marian-Pavlenco A., Alexa Z. Reviul unor recomandări ale asociației americane pe glanda tiroidă-2017 pentru diagnostic și management al patologiei tiroidiene în timpul sarcinii și în perioada post-partum. Buletin de perinatologie, 3(92). 2021 https://repository.usmf.md/bitstream/20.500.12710/20839/1/Reviul_unor_recomandari_ale_Asociatiei_Americane_pe_Glanda_Tiroida_2017_pentru_diagnostic_si_management_al_patologiei_tiroidiene_in_timpul_sarcinii_si_in_periada_post_partum.pdf
9. Harding K.B., Peña-Rosas J.P., Webster A.C., Yap C.M.Y., Payne B.A., Ota E., De-Regil E.L. Iodine supplementation for women during the preconception, pregnancy and postpartum period. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2017. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011761.pub2/full>
<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD013446/full>
10. Jubîrcă S., Iliadi-Tulbure C. Conduita sarcinii, nașterii și perioadei post-partum la adolescente. IRMS – Nicolae Testemitanu SUMPh. 2018, <http://repository.usmf.md/handle/20.500.12710/17337>
11. Legea ocrotirii sănătății nr. 411-XIII din 28.03.95, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=65545&lang=ro
12. Legea privind drepturile copilului nr. 370 din 30.11.2023, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=140710&lang=ro+
13. Legea privind sănătatea reproducerii, nr.138 din 15.06.2012. Publicat : 28-09-2012 în Monitorul Oficial Nr. 205-207 art. 673, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=106297&lang=ro
14. MS.CNSP. Statutul nutrițional în iod al populației din Republica Moldova, 2012.
15. MSPS. Ghidul A Național de Perinatologie. Principii de organizare și acordare a asistenței perinatale. Ediția a doua. 2006. <https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/06/667-Ghid.pdf>
16. MSPS. Ghidul B Național de Perinatologie. Serviciul perinatal regionalizat: niveluri și conținut. Ediția a doua. 2006, http://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/06/746-cuprins_bb.pdf
17. OMS. Studiu privind consumul alimentar de sare în Republica Moldova, 2016. https://msmps.gov.md/sites/default/files/mda_salt_intake_survey_ro.pdf
18. Ordinul MS nr.658 Cu privire la asigurarea cu contraceptive din 18.08. 2015, conform căruia asigurarea grupurilor vulnerabile cu contraceptive seefectua din procurări la nivel de AMP.
19. Palacios C., Kostiuk L.K., Peña-Rosas J. Is vitamin D supplementation beneficial or harmful for women during pregnancy? 2019 https://www.cochrane.org/CD008873/PREG_vitamin-d-supplementation-beneficial-or-harmful-women-during-pregnancy
20. Palacios C., Kostiuk L.K., Peña-Rosas J.P. Vitamin D supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev. 26;7(7):CD008873, 2019 doi: 10.1002/14651858.CD008873.pub4. PMID: 31348529; PMCID: PMC6659840. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6659840/>
21. Palacios C., Trak-Fellermeier M.A., Martinez R.X., Lopez-Perez L., Lips P., Salisi J.A., John J.C., Peña-Rosas J.P., Cochrane Pregnancy and Childbirth Group. Regimens of vitamin D supplementation for women during pregnancy. 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6776191/>
22. Part K., Moreau C., Donati S., Gissler M., Fronteira I., Karro H. Teenage pregnancies in the European Union in the context of legislation and youth sexual and reproductive health services. Acta Obstet Gynecol Scand, 92(12), pp. 1395-406, 2013 <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24004102/>
23. Platforma Copiilor, Centrul de Informare și Documentare privind Drepturile Copilului (CIDDC), OAK Foundation, Suedia, Save the Children. Raportul Educația sexuală în Republica Moldova – cum o face școala și ce poate diferit? https://drepturilecopilului.md/files/educatia_sexuala_cum_o_face_scoala_si_ce_poate_fi_diferit.pdf

24. Programul Național în sănătatea și drepturile sexuale și reproductive pentru anii 2018-2022 aprobat prin HG în 2018. https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=108813&lang=ro
25. Public Health England. A framework for supporting teenage mothers and young fathers. 2019. https://drive.google.com/drive/folders/1KjUh07_krnyRGS36qfmuuKktbcAwt3ho
26. Regulament privind asigurarea grupurilor vulnerabile de vârstă reproductivă cu contraceptive moderne, Ordin MSPS nr. 555 din 16.06.2020
27. Republica Moldova – Studiul Generației și Gen (2020). Ministerul Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova, Biroul Național de Statistică (eșantionul studiului), UNFPA, NIDI-GGP (partener și distribuitor). 2021. https://moldova.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/raportul_studiului_generatii_si_gen_in_republica_moldova.pdf
28. Standardul privind întreruperea sarcinii în condiții de siguranță (Aprobat la ședința Consiliului de Experți al Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale din 03.07.2020, proces verbal nr.2; Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.766 din 18.08.2020 Cu privire la aprobarea Standardului privind efectuarea întreruperii sarcinii în condiții de siguranță) <https://www.avort.md/wp-content/uploads/2020/09/Standardul-privind-intreruperea-sarcinii-in-conditii-de-siguran-ta-aprobat-prin-ordinul-MSMPS-nr.766-din-18.08.2020.pdf>
29. The Society for Adolescent Health and Medicine. Recommended Vitamin D Intake and Management of Low Vitamin D Status in Adolescents: A Position Statement of the Society for Adolescent Health and Medicine. 2013. <https://www.jahonline.org/article/S1054-139X%2813%2900201-2/fulltext>
30. UNFPA, Ciubotaru V., Șalaru V., Șagaidac I. Raport de Evaluare a serviciilor de planificare familială prestate de către instituțiile de Asistență Medicală Primară, inclusiv privind asigurarea cu contraceptive a grupurilor vulnerabile ale populației. 2021.
31. UNFPA, PAS Centru. Cercetarea calitativă „Sarcina în adolescență în Republica Moldova”. 2019., <https://moldova.unfpa.org/ro/publications/sarcina-in-adolescenta-in-republica-moldova>
32. UNFPA. Studiul național de evaluare a cunoștințelor, atitudinilor și practicilor privind sănătatea și deprinderile de viață ale elevilor din învățământul profesional tehnic din Republica Moldova, 2021. https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2021/04/studiu_de_evaluare_a_cunostintelor_atitudinilor_si_practicilor_privind_sanatatea_si_deprinderile_de_viata_ale_elevilor_din_invatamantul_profesional_tehnic_din_republica_moldova.pdf
33. Várbíró S., Takács I., Túú L., Nas K., Sziva R.E., Hetthéssy J.R., Török M. Effects of Vitamin D on Fertility, Pregnancy and Polycystic Ovary Syndrome-A Review. *Nutrients*. 14(8):1649, 2022. doi: 10.3390/nu14081649. PMID: 35458211; PMCID: PMC9029121. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9029121/>
34. WHO and UNICEF. Reaching optimal iodine nutrition in pregnant and lactating women and young children. Joint statement by WHO and UNICEF. Geneva: World Health Organization; 2007. (www.who.int/nutrition/publications/micronutrients/WHOstatement_IDD_pregnancy.pdf)
35. WHO guidelines, Preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. 2011. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241502214>
36. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf?sequence=1>
37. WHO recommendations on intrapartum care for a positive childbirth experience. 2018. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/272447/WHO-RHR-18.12-eng.pdf?sequence=1>
38. WHO recommendations on maternal and newborn care for a positive postnatal experience. 2022. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352658/9789240045989-eng.pdf?sequence=1>
39. WHO. Adolescent pregnancy [electronic resource] : unmet needs and undone deeds : a review of the literature and programmes. 2007. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43702/9789241595650_eng.pdf?sequence=1
40. WHO. Assessing and supporting adolescents' capacity for autonomous decision-making in health care settings: a tool for health-care providers. 2021. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350208/9789240039568-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
41. WHO. Assessing and supporting adolescents' capacity for autonomous decision-making in health care settings: a tool for health-care providers. Web Annex. Algorithm for health-care providers. 2021. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350193/9789240039582-eng.pdf>
42. WHO. Guidelines on mental health promotive and preventive interventions for adolescents: helping adolescents thrive. 2020. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/336864/9789240011854-eng.pdf?sequence=1>
43. WHO. Iodine supplementation in pregnant and lactating women, 2023. <https://www.who.int/tools/elena/interventions/iodine-pregnancy>
44. WHO. Pocket book of primary health care for children and adolescents: guidelines for health promotion, disease prevention and management from the newborn period to adolescence. 2022. <https://www.who.int/europe/publications/i/item/9789289057622>
45. Ghidul privind Nutriția în perioada preconcepțională, sarcină și lactație, Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale al Republicii Moldova nr.749 din 15.06.2018

46. Protocolul clinic național „Anemia fierodeficitară la copii” Aprobat prin ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și al Protecției Sociale al Republicii Moldova nr. 592 din 25.06.2020
47. PEN 2 Educația pentru conduita sănătoasă de viață, aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al RM nr.1259 din 29.12.2022
48. Protocolul clinic național „Rahitismul la copil” PCN – 105. Aprobat prin Ordinul Ministerului Sănătății al Republicii Moldova nr. 524 din 03.08.2010
49. Hotărârea de Guvern Nr. 270 din 08-04-2014 cu privire la aprobarea Instrucțiunilor privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului, https://www.legis.md/cautare/getResults?doc_id=18619&lang=ro
50. Ordinul Ministerului Sănătății nr 445 din 09.06.2015 cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind mecanismul intersectorial de cooperare pentru identificarea, evaluarea, referirea, asistența și monitorizarea copiilor victime și potențiale victime ale violenței, neglijării, exploatării și traficului, https://drive.google.com/file/d/1AVB-mQjJ1IjK51_pnbO2LX8CbWiLFoP/view
51. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1083 din 30.12.2016 cu privire la aprobarea Ghidului pentru specialiștii din sistemul de sănătate privind intervenția eficientă în cazurile de violență împotriva femeilor https://msmps.gov.md/wp-content/uploads/2020/06/15342-Ghidul20Specialistii20Sistemul20de20Sanatate_interventia20in20cazurile20de20violenta28129.pdf
51. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 1167 din 15.10.2019 cu privire la aprobarea Instrucțiunii privind intervenția instituțiilor medico-sanitare în cazurile de violență în familie. <https://drive.google.com/file/d/1gWTduo3Pld-VWt4znsyO92eXJpT0yiOi/view>
53. Ordinul Ministerului Sănătății nr. 908 din 30.09.2021 Cu privire la aprobarea Protocolului clinic standardizat „Managementul clinic al cazurilor de viol” <https://drive.google.com/file/d/1rcy31xdKVz6jWlpgGlc9cmazzmCEPeUd/view> Protocol Clinic Standardizat. Chișinău, 2021, 102 pag.
54. Workowski KA, Bolan GA; Centers for Disease Control and Prevention. Sexually transmitted diseases treatment guidelines, 2015. MMWR Recomm Rep. 2015 Jun 5;64(RR-03):1-137. Erratum in: MMWR Recomm Rep. 2015 Aug 28;64(33):924. PMID: 26042815; PMCID: PMC5885289. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5885289/>
55. Fuchs E, Dwiggin M, Lokken E, Unger JA, Eckert LO. Influence of Sexually Transmitted Infections in Pregnant Adolescents on Preterm Birth and Chorioamnionitis. Infect Dis Obstet Gynecol. 2020 Mar 25;2020:1908392. doi: 10.1155/2020/1908392. PMID: 32273674; PMCID: PMC7132592. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7132592/>
56. WHO. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections.2021. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/342523/9789240024168-eng.pdf?sequence=1>
57. Pérez-López FR, Pilz S, Chedraui P. Vitamin D supplementation during pregnancy: an overview. Curr Opin Obstet Gynecol. 2020 Oct;32(5):316-321. doi: 10.1097/GCO.0000000000000641. PMID: 32487800. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32487800/>
58. WHO antenatal care recommendations for a positive pregnancy experience. Nutritional interventions update: Vitamin D supplements during pregnancy. Geneva: World Health Organization; 2020. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/333562/9789240008120-eng.pdf?sequence=1>
59. Vestergaard, A.L.; Andersen, M.K.; Olesen, R.V.; Bor, P.; Larsen, A. High-Dose Vitamin D Supplementation Significantly Affects the Placental Transcriptome. *Nutrients* **2023**, *15*, 5032. <https://doi.org/10.3390/nu15245032>